

## Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem<sup>1</sup>

Andrea Bernardes<sup>2</sup>

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio<sup>3</sup>

Yolanda Dora Martinez Évora<sup>4</sup>

Carmen Silvia Gabriel<sup>2</sup>

Mariana Bernardes de Carvalho<sup>5</sup>

Esta pesquisa objetivou apresentar a implantação do modelo de gestão colegiada e descentralizada, em unidades funcionais, em um hospital público do município de Ribeirão Preto, SP, segundo a visão da equipe de enfermagem e da assistente técnica de saúde. Trata-se de estudo de caso histórico-organizacional, na vertente qualitativa, que se utilizou da análise temática de conteúdo, proposta por Bardin, para a análise dos dados. A instituição adotou a descentralização de sua estrutura administrativa a partir de 1999, mediante a aplicação da gestão compartilhada, o que possibilitou algumas melhorias internas, com repercussão positiva na assistência prestada ao usuário. A implantação verticalizada do processo parece ter prejudicado a adesão dos trabalhadores, embora a gestão colegiada tenha intensificado a comunicação, o compartilhamento do poder e da decisão. O estudo aponta, apesar dos avanços em relação à qualificação da assistência, que muito há que se fazer para se concretizar essa proposta gerencial inovadora.

Descritores: Equipe de Enfermagem; Organização e Administração; Comunicação; Poder (Psicologia); Gestão em Saúde.

<sup>1</sup> Apoio financeiro da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2008/03775-5.

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: Andrea - andreab@eerp.usp.br, Carmen - cgabriel@eerp.usp.br.

<sup>3</sup> Médico, Professor Adjunto, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: cecilioluiz@uol.com.br.

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: yolanda@eerp.usp.br.

<sup>5</sup> Enfermeira, Secretária da Saúde do Município de Guataporá, SP, Brasil. E-mail: marianabdc@yahoo.com.br.

Endereço para correspondência:

Andrea Bernardes  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada  
Av. dos Bandeirantes, 3900  
Bairro: Monte Alegre  
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: andreab@eerp.usp.br

## **Collective and decentralized management model in public hospitals: perspective of the nursing team**

This research aims to present the implementation of the collective and decentralized management model in functional units of a public hospital in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, according to the view of the nursing staff and the health technical assistant. This historical and organizational case study used qualitative thematic content analysis proposed by Bardin for data analysis. The institution started the decentralization of its administrative structure in 1999, through collective management, which permitted several internal improvements, with positive repercussion for the care delivered to users. The top-down implementation of the process seems to have jeopardized workers' adherence, although collective management has intensified communication and the sharing of power and decision. The study shows that there is still much work to be done to concretize this innovative management proposal, despite the advances regarding the quality of care.

Descriptors: Nursing, Team; Organization and Administration; Communication; Power (Psychology); Health Management.

## **Modelo de gestión colegiada y descentralizada en hospital público: la óptica del equipo de enfermería**

Esta investigación tuvo por objetivo presentar la implantación del modelo de gestión colegiada y descentralizada, en unidades funcionales, en un hospital público del municipio de Ribeirão Preto, SP, según la visión del equipo de enfermería y de la asistente técnica de salud. Se trata de un estudio de caso histórico organizacional en la vertiente cualitativa que utilizó el análisis temático de contenido propuesto por Bardin para el análisis de los datos. La institución adoptó la descentralización de su estructura administrativa a partir de 1.999, mediante la aplicación de la gestión compartida, lo que posibilitó algunas mejorías internas, con repercusión positiva en la asistencia prestada al usuario. La implantación vertical del proceso parece haber perjudicado la adhesión de los trabajadores, a pesar de que la gestión colegiada hubiese intensificado la comunicación, el compartir el poder y la decisión. El estudio apunta, a pesar de los avances en relación a la calificación de la asistencia, que hay todavía mucho que hacer para concretizar esa propuesta administrativa innovadora.

Descriptorios: Grupo de Enfermería; Organización y Administración; Comunicación; Poder (Psicología); Gestión en Salud.

## **Introdução**

A complexidade hospitalar e seu cotidiano, atravessados por interesses conflitantes, têm apontado tanto para a necessidade de buscar referenciais teóricos, para se pensar a micropolítica hospitalar, como de experimentar novas formas de realizar sua gestão<sup>(1)</sup>.

Os sistemas vigentes de gestão, em particular com seus componentes tayloristas, fayolistas e sua ênfase em estruturas formais e verticalizadas não respondem mais às expectativas dos gerentes, trabalhadores e, especialmente, dos usuários. Nesses modelos gerenciais, aparentemente, a garantia do controle é maior quanto mais pessoas estiverem sob supervisão direta do gerente e quanto maior for seu território de ação e de anulação

de qualquer decisão do trabalhador sobre o trabalho. Por causa de tal concepção, quase sempre há distanciamento do enfermeiro do cuidado ao doente, pois ele acaba se envolvendo com atividades administrativas burocráticas, mais voltadas aos interesses da instituição, relegando a plano secundário o cuidado ao cliente e à presença direta junto ao corpo de enfermagem.

Há que se considerar que os enfermeiros são profissionais privilegiados, porque têm a oportunidade de interagir diretamente com os clientes, melhorando a prática através da oferta de cuidado mais qualificado<sup>(2)</sup>. No entanto, a prática do enfermeiro sofre grande influência do modelo organizacional adotado pela instituição, que, em

sua maioria, está organizado à luz da abordagem clássica da administração. É necessária mudança dessa prática, em consonância com modelos de gestão inovadores. Na atualidade, o enfermeiro está sendo chamado a compartilhar de tarefa voltada ao usuário e ao cotidiano das unidades, que exigirá habilidades e conhecimento clínico e a transposição do estilo de gerência científica para o gerenciamento mais flexível e sensível. Nesse caso, é necessário que se amplie a visão, acerca das possibilidades do trabalho, não apenas do enfermeiro, mas de toda a equipe multidisciplinar e atentar para o que realmente é importante: a construção de nova maneira de produzir saúde, valorizando o acolhimento dos usuários e satisfação de suas necessidades. Para tanto, faz-se necessária a valorização dos processos de relação, que expressa a essência do trabalho vivo, bem como a utilização dos saberes e conhecimentos para que se possa produzir qualidade no sistema<sup>(3-4)</sup>. O enfermeiro deve se apoiar em coisas simples e valoráveis de enfermagem, a fim de transformar tarefas burocráticas em prática sensível, dirigida ao cuidado do paciente<sup>(5)</sup>.

Nos novos modelos de gerência, os organogramas surgem com maior simplicidade, a fim de instituir propostas organizacionais mais diretas, embora a simples horizontalização do organograma ou a diminuição da hierarquização não superam, por si só, as relações de poder, dominação e controle. O modelo de gestão colegiada ou compartilhada trata da descentralização da organização, por meio da implantação de unidades funcionais autônomas, com menos hierarquia e mais poder de decisão, ligadas ao topo da estrutura por coordenações<sup>(6-9)</sup>. Essas unidades funcionais são projetadas com base em equipes, com responsabilidade compartilhada e equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão<sup>(6-9)</sup>. "Os setores descentralizados são modulares e independentes, mas com interdependência garantida por um mínimo de valores absolutamente compartilhados e por um sistema de comunicação intensiva"<sup>(6)</sup>. As propostas contemporâneas surgem com a intenção de descentralização do poder e da autoridade, visando a elaboração de estratégias compartilhadas de resolução de problemas, com sistemas de informação mais simples e direta.

Nesses modelos gerenciais mais contemporâneos, o enfermeiro deve desempenhar gerência inovadora, buscando meios que possibilitem a melhoria da qualidade da assistência, maior satisfação para a equipe, bem como o alcance dos objetivos organizacionais<sup>(10)</sup>.

Assim, a pesquisa justifica-se por se acreditar que o estilo gerencial adotado hoje, na maioria dos hospitais, esteja ultrapassado e necessitando de transposição para forma mais flexível, que valorize e motive mais as pessoas. Diante do exposto, emergiram as seguintes questões de investigação: tendo em vista a reestruturação administrativa

do hospital em estudo, como ocorreu o processo de mudança de estilo gerencial? Qual a percepção da equipe de enfermagem diante da implantação do modelo de gestão colegiada e descentralizada?

O objetivo deste estudo foi apresentar a implantação do modelo de gestão colegiada e descentralizada em unidades funcionais, bem como identificar a percepção da equipe de enfermagem e da assistente técnica de saúde acerca dessa implantação, em um hospital público do município de Ribeirão Preto, SP.

## Metodologia

Trata-se de estudo de caso histórico-organizacional<sup>(11)</sup>, na vertente qualitativa, pautada no referencial teórico-analítico do modelo de gestão colegiada.

Este estudo foi realizado em um hospital público, localizado no município de Ribeirão Preto, SP, que, a partir de 1999, passou a apostar na descentralização da estrutura administrativa, mediante a aplicação da gestão compartilhada, centrada no planejamento colegiado, com representação multiprofissional.

A coleta de dados foi realizada com os profissionais que integram a equipe de enfermagem da sala de urgência e do centro de terapia intensiva. As justificativas pela escolha dessas unidades foram: 1) a aproximação da pesquisadora com essas unidades funcionais, uma vez que, no início da implantação do modelo Gestão Colegiada, participou como observadora desses grupos; 2) o entendimento de que esses dois grupos de gestão participativa poderiam proporcionar subsídios para análise, uma vez que a pesquisadora tem maior proximidade de trabalho com essas áreas.

Atendendo às exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (Processo nº3068/2008). Para participação no estudo, os sujeitos foram consultados quanto ao interesse e disponibilidade e assinaram o termo de consentimento informado.

Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e a assistente técnica de saúde do hospital. Os critérios de inclusão dos profissionais foram a presença no hospital no período da coleta de dados, bem como a data de admissão anterior ou igual a 1999. Optou-se por utilizar esse último critério por ser importante que esses tenham participado do processo de transição do modelo gerencial. Foram entrevistados 11 enfermeiros, 1 técnico e 26 auxiliares de enfermagem e a assistente técnica de saúde, perfazendo o total de 39 indivíduos.

A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2009, após agendamento, conforme disponibilidade dos sujeitos da pesquisa. O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira

etapa, procedeu-se à análise dos documentos relativos à estrutura organizacional do hospital. Na segunda, foi realizada entrevista semiestruturada. O roteiro de entrevista foi submetido à validação aparente e de conteúdo, com quatro juízes da área de Gerenciamento em Enfermagem. As entrevistas foram gravadas após autorização dos entrevistados, sendo-lhes garantido o anonimato. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora com apoio de outra docente.

Dentre as várias técnicas propostas para a análise dos dados, optou-se pela utilização da análise temática de conteúdo, descrita por Bardin, cujas fases se organizam em pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação<sup>(12)</sup>.

## Resultados e Discussão

### O cenário institucional da pesquisa

A instituição, onde se realizou o estudo, funciona em regime de plantão permanente, sendo referência, prioritariamente terciária, para pacientes em situação de urgência ou emergência. Oferece, em sua porta de entrada, uma sala de estabilização clínica para pacientes em estado grave, uma sala de trauma para pacientes acidentados e boxes para atendimento às urgências não traumáticas de pacientes menos graves<sup>(13)</sup>. Adicionalmente, o hospital disponibiliza áreas específicas para internação com leitos de terapia intensiva, unidade de queimados, unidade de cuidados semi-intensivos, unidade de isolamento e enfermarias clínicas e cirúrgicas.

Nessa instituição, o grupo de dirigentes empossados, em maio de 1999, portava o desejo de promover a distorção do sistema administrativo hospitalar instituído, uma vez que, nos últimos trinta anos de vida organizacional, o modelo administrativo manteve-se único e centrado na gerência clássica<sup>(14-15)</sup>. A partir de então, passou a ser trabalhada a proposta de descentralização da estrutura administrativa, mediante a adoção dos princípios da gestão compartilhada<sup>(16)</sup>.

O hospital foi então segmentado em treze unidades funcionais: acolhimento, sala de urgência, centro de terapia intensiva de adulto, pediatria, neuroclínica, clínica cirúrgica, bloco cirúrgico, queimados, laboratório de patologia clínica, nutrição, infraestrutura/manutenção/higiene e limpeza, farmácia, centro de ensino em urgência e emergência<sup>(14)</sup>.

Fazem parte da administração, dessa instituição, o Coordenador designado pelo superintendente da instituição, a Equipe de Planejamento e de Responsabilização Técnica, a de Responsabilização Operacional, o Conselho de Gestores das Unidades Funcionais, incluindo os Gestores e a Equipe Gestora e o Grupo de Apoio Operacional. O Gestor e Vice-

Gestor das unidades precisam ter e estar exercendo cargo de nível universitário, e serem eleitos por maioria simples dentre os componentes da Equipe Gestora.

Sabe-se que a organização do processo de trabalho, sem avaliação do grau de risco, que tenta equilibrar a desproporcionalidade entre o quantitativo de pessoal e o número de pacientes, associada à área física deficiente, reforça a insatisfação dos profissionais<sup>(17)</sup>. Dessa forma, é importante ressaltar que, aos poucos, a organização arquitetônica e tecnológica dessa unidade foi se adaptando às novas necessidades. Houve grande incremento no número de leitos, especialmente para pacientes críticos, redefinição de ocupação das áreas, bem como a implementação de programa de humanização e capacitação dos trabalhadores<sup>(16)</sup>.

### O processo de implantação

Para que haja sucesso na implantação de um modelo de gestão, com foco na descentralização das ações e na participação do coletivo nas decisões, é imprescindível que haja a percepção dos envolvidos sobre a necessidade de mudança. A partir do momento que a democratização da vida institucional torna-se um ideário, tanto para a direção como para os trabalhadores, faz-se necessária ampla discussão acerca dos aspectos que estão envolvidos.

Declarar o projeto é também um momento da construção do consenso mínimo para os trabalhadores pautarem suas práticas dali para frente. É a busca de melhor alinhamento em torno dos objetivos da direção<sup>(18)</sup>.

A análise do material empírico permitiu o reconhecimento de núcleos de sentido e, posteriormente, o reagrupamento desses nas categorias: implantação verticalizada e desinformação dos envolvidos, avanços decorrentes da implantação, ruídos decorrentes do processo de implantação e o retorno ao modelo tradicional de gestão. Tais categorias, extraídas a partir dos núcleos de sentido, geraram dois grandes blocos temáticos. O primeiro, diz respeito às críticas dos atores institucionais sobre o modo de condução do processo (a implantação verticalizada e a desinformação dos atores institucionais) e o segundo, diz respeito ao reconhecimento de algumas mudanças positivas que podem ser imputadas ao novo modo de se fazer a gestão (os avanços decorrentes da implantação).

### A implantação verticalizada e a desinformação dos atores institucionais

Um dos aspectos mais importantes foi a "estratégia" utilizada pelo gestor do hospital para a implantação do modelo de gestão compartilhada. Embora ele aponte que havia clara necessidade de mudança na instituição, já que vinha passando por exposição negativa diante

dos problemas enfrentados<sup>(16)</sup>, reconhecendo que as discussões internas, visando a preparação da reforma administrativa, não ocorreram de forma ampliada.

Segundo grande parte dos entrevistados, não houve um momento de articulação com os envolvidos, buscando entender as necessidades grupais e atender o pressuposto implícito e essencial nesse modelo, qual seja, ele deve ser, necessariamente, uma construção coletiva. Sabe-se que os recursos humanos representam componente crítico para o delineamento de novos paradigmas gerenciais para os serviços de saúde, em especial na área de enfermagem. Todos reconhecem que o desempenho de qualquer organização depende do seu pessoal<sup>(19)</sup>.

*Eu acho que... a equipe não foi bem informada, o alicerce não foi bem feito na época, é... que foi implantado, não se respeitou muito o espaço, o tempo de cada um pra aprender (E2).*

*A implantação não foi feita muito às claras, é... Fomos só informados da implantação e... a mudança foi... Foi feita assim, praticamente da noite pro dia (AE10).*

Nota-se que houve falha na informação e, mais do que isso, no planejamento para mudança, uma vez que não houve participação do coletivo de trabalhadores nessa fase importante de “pensar” a proposta e “implementá-la”.

Cabe contextualizar que a comunicação efetiva é um dos pressupostos desse modelo colegiado de gestão<sup>(6-9,14)</sup>. Ao se propor um modelo que seja baseado em estruturas flexíveis e descentralizadas, deve-se pensar menos intensivamente em comunicação vertical e, prioritariamente, em comunicação horizontal ou lateral<sup>(20)</sup>.

*A decisão continua sendo de cima para baixo, como foi a implantação... (ATS1).*

*Então, eu acho que um foi o negócio vir muito verticalizado. Pegou-se uma pessoa que tinha o interesse de que o modelo fosse mudado, só que não trabalhava a cabeça das chefias, depois das chefias imediatas e dos funcionários, então, no final das contas, ficou verticalizado. Quem tava aqui embaixo e que não tinha um acompanhamento... não tinha ideia do que tava acontecendo, via a coisa de uma maneira mais assim... bruta (AE12).*

Fica claro que o processo de implantação aconteceu de cima para baixo. A assistente técnica de saúde (ATS), responsável pela equipe de enfermagem de todo o hospital, destaca que o processo manteve características tayloristas/fayolistas, o que provavelmente implicou na não adesão de todos os trabalhadores no correr do tempo. O ideal desse modelo de gestão colegiada é levar o coletivo ao desejo de participação, de tornar-se um “membro da equipe”, mas, para isso, é imprescindível que manifestem o interesse pela mudança e que, sobretudo, conheçam os pressupostos que norteiam o referido modelo.

Essa percepção da falta de informação acerca da mudança e que essa ocorreu de forma verticalizada acentua-se na medida em que relatam explicitamente que desconhecem as atribuições de cada componente do grupo.

*Porque hoje a gente percebe que pessoal não sabe o que é gestão compartilhada, ou a colegiada e... Quais são os limites, quais são as obrigações e os deveres de cada um? (...) Porque hoje, por exemplo, o gestor ocupa o mesmo cargo do responsável operacional, e vai acumulando cargo, então meio que se mistura o que é gestor, o que é responsável operacional, então ficou meio sem limite as coisas, e tudo muito preso a uma única pessoa... (E2).*

Conhecer o papel de cada membro de grupo gestor é, na visão dos entrevistados, fator primordial para que os funcionários saibam a quem se reportar. Poder-se-ia dizer, aqui, que o novo desenho do organograma, com novas linhas de autoridade e decisão, parece deixar os trabalhadores confusos, quando tomam como referência o desenho organizacional anterior, com suas bem estabelecidas linhas de comando e controle.

A esse respeito, estudo realizado no mesmo hospital demonstra que a estrutura organizacional proposta conta com o apoio de equipe de supervisores e responsáveis técnicos para cada categoria profissional. Cada supervisor ou responsável técnico desempenha o papel de apoiador, instrumentalizando as práticas de atenção hospitalar e abastecendo sua equipe com orientações e ações de regulação do exercício profissional<sup>(15)</sup>. No entanto, o referido estudo não traz, com maiores detalhes, o que cabe a cada elemento que compõe o grupo gestor, nem tampouco como se deu a instrumentalização das práticas e orientações necessárias.

Todos os aspectos supracitados contribuem para inviabilizar o amplo envolvimento e a corresponsabilização com as ações propostas, podendo dificultar a transposição gerencial e, conseqüentemente, diminuir a qualidade pretendida pela instituição.

### **Os avanços decorrentes da implantação na percepção da equipe de enfermagem e assistente técnica de saúde**

Há, segundo os atores institucionais entrevistados, vantagens nessa forma de gerir o cotidiano de trabalho, quando comparada ao modo anterior. Destaca-se o aumento da visibilidade do hospital, facilitando a visão de interdependência entre as várias unidades de produção. Torna-se um verdadeiro processo de educação dos dirigentes que se transformam, progressivamente, de “chefes de unidades” em verdadeiros dirigentes. É facilitador da construção de consensos em torno da proposta de qualificação e defesa do hospital<sup>(4)</sup>.

Vários avanços foram também percebidos pelos profissionais, referentes à reorganização gerencial. Um

deles diz respeito ao atendimento prestado aos usuários.

*Ah, aqui tem muita dificuldade quando, os médicos mesmo sabem disso, você vai transferir um paciente, aqui está lotado e não tem onde você colocar paciente, por exemplo... Você chegava aqui, você ligava nos andares e o pessoal falava assim: ah, não pode subir o paciente agora porque o leito está sujo. Ah! Duas ou três horas pra limpar um leito, para com isso, né. Quando o outro entrou aqui, assumiu, eu acho que os pacientes iam com mais rapidez sabe, é uma das coisas que melhorou (AE1).*

Depreende-se da fala que há algumas manifestações de melhoria no atendimento prestado, uma vez que o gestor ficava mais próximo das unidades funcionais, não permitindo que os clientes permanecessem em leitos de observação se houvesse leitos de internação remanescentes. Há que se considerar que os usuários devem ter centralidade nesse processo de implantação do modelo gerencial, devendo ter seus interesses e necessidades atendidos da melhor forma possível e de acordo com os recursos existentes no hospital.

Outro aspecto positivo, reconhecido, refere-se à autonomia das unidades funcionais.

*A maioria dos problemas que são levantados na reunião, a gente consegue resolver no CTI mesmo (AE9).*

É imprescindível a autonomia das diferentes unidades no que diz respeito às decisões internas, possibilitando à direção se ocupar de problemas mais prementes, principalmente relacionados à política institucional.

Importante destacar a autonomia em relação à administração dos recursos financeiros.

*Tinham (autonomia para gastar). O coordenador administrativo tem o controle dessa verba, aí quando faz solicitação vem pra ele, se tem a verba a coordenadoria pode estar assumindo uma quantidade, divide e compra. Por exemplo, hoje chegou um freezer novo pra sala de urgência. Isso as unidades fizeram muito bem feito (ATS1).*

Uma das dificuldades mais comumente lembradas, quando se pensa na administração de hospitais governamentais, é a pouca autonomia para o atendimento das áreas de apoio, como, por exemplo, a compra de materiais e equipamentos, e, também, a morosidade desse processo por excessiva regulamentação<sup>(18)</sup>. No caso do hospital em questão, esse não parece constituir problema, visto que houve repasse do recurso para as unidades funcionais. No entanto, a governabilidade referente a processos mais complexos, como a contratação de recursos humanos, continuam sendo de responsabilidade do hospital, indicando os limites da autonomia pretendida e podendo ser uma das razões para a pouca adesão dos trabalhadores, como se eles percebessem os limites na disposição (e possibilidade) efetiva de descentralização do poder.

Ainda, relacionado aos avanços decorrentes da

implantação do modelo de gestão colegiada nessa instituição, cabe ressaltar a intensificação da participação nas discussões.

*Eu acho que pros auxiliares e técnicos... nós tivemos um pouco mais de liberdade pra falar o que sentíamos, o que pensávamos e isso era uma coisa que eu acho que a gente não tinha anterior (AE3).*

Nesse modelo, os problemas tendem a ser solucionados com maior agilidade e adequação. Isso porque os profissionais têm maior autonomia e poder para que a resolutividade seja alcançada no âmbito da unidade. Na medida em que as pessoas participam das propostas de solução, há tendência para se alcançar maior adequação na resolução, visto que os indivíduos vivenciam esses problemas diretamente no seu cotidiano de trabalho<sup>(20-21)</sup>.

Outro ponto que merece destaque é o processo comunicativo.

*(...) antigamente era tudo mais restrito, por exemplo, algumas rotinas ficavam entre as enfermeiras, não era passado pros auxiliares e pros técnicos, isso mudou porque as enfermeiras estão comunicando mais, estão pedindo pros auxiliares e técnicos participarem também das alterações... (E3).*

*Naquela época (da implantação), você tinha uma comunicação melhor, você tinha mais interação entre a equipe médica e a equipe de enfermagem... Você tinha melhor acesso, o paciente era melhor atendido... (AE12).*

O processo comunicativo, nesse modelo inovador de gestão, deve ser amplamente intensificado, especialmente intra e interunidades. Nota-se, pelas falas, que os auxiliares de enfermagem passaram a sentir os profissionais mais próximos. Parece que a "informação" converteu-se em diálogo, o que possibilitou avanços também em relação ao cuidado ao usuário.

Comunicação lateral significa comunicação direta, sem intermediação, entre as várias unidades de trabalho, buscando a solução conjunta e criativa de todo impedimento que porventura possa emergir<sup>(9)</sup>. Percebe-se que os trabalhadores entrevistados retratam a facilitação na comunicação intraunidade no período inicial à implantação desse estilo gerencial.

Vale ressaltar, ainda, que esse modo de fazer a gestão, provoca mudanças nas relações de poder e de decisão entre as corporações profissionais, em particular ao dar maior visibilidade e reconhecimento para o trabalho da enfermagem.

*Acho que a enfermagem acabou ficando mais, mais unida, porque antes eu acho que assim, os médicos dominavam bastante, né. A enfermagem ganhou mais espaço, hoje a enfermagem consegue resolver, decidir os problemas delas sem o médico ficar interferindo (AE7).*

É importante destacar o quão incômoda ainda é a presença do médico para a equipe de enfermagem. De acordo

com a fala, houve rearranjo tal nas relações de poder entre as corporações, a ponto de a enfermagem ter condições de resolver novos problemas, para além dos que já enfrenta normalmente, sem a interveniência desse profissional. Cabe, no entanto, ressaltar que, ao se tratar de um modelo participativo, deveria haver, em princípio, uma relativização da atuação do Serviço de Enfermagem na lógica tradicional, sendo que nem sempre é fácil a quebra das linhas de mando verticais da corporação<sup>(1,22)</sup>. De qualquer modo, as linhas verticais de comando e decisão foram atenuadas. Provocar alterações nesse modo de funcionamento, certamente, significou mexer em todo um sistema de relacionamentos e comprometimentos.

Foi relatado, por alguns funcionários, que os problemas passaram a ser resolvidos mais rapidamente após a implantação do modelo compartilhado de gestão.

*Ah, eu acho que se pode dizer que foi resolvido com mais rapidez sim, mas, de novo eu volto a falar, dependendo do gestor, aquele que era comprometido e que ia atrás de resolver os problemas, porque ele é a ponte da unidade funcional com a coordenadoria, tá, isso ia pra frente (ATS1).*

Os modelos contemporâneos tratam as unidades funcionais como equipes autônomas, visualizando hierarquia menos rígida e fronteiras de autoridade mais ambíguas<sup>(6-9,23)</sup>, o que possibilitaria, em princípio, a resolução de grande número de problemas de forma mais rápida e eficaz. Isso porque a equipe conhece e vive os problemas, é capaz de estabelecer as prioridades e entende a necessidade das soluções mais imediatas. Contudo, como é destacado na fala acima, depende da característica do gestor. Se esse for comprometido com a unidade, a ponte com a direção se dá prontamente, a articulação é estabelecida e o problema tem maiores chances de ser resolvido. Isso leva a refletir que, talvez mais que "estruturas", acaba prevalecendo o conjunto de relações e encontros no cotidiano do hospital, muito dependentes do protagonismo dos seus atores, fazendo do hospital uma ordem precária e contingente ou uma "ordem negociada"<sup>(23)</sup>.

## Considerações finais

A implantação do modelo de gestão colegiada, apesar de ter ocorrido de forma autocrática, possibilitou melhorias internas na instituição hospitalar pública em estudo, com repercussão positiva na assistência prestada ao usuário, principalmente nos primeiros anos de mudança. A percepção da equipe de enfermagem acerca desse processo é de que, logo após a implantação, houve maior participação nas reuniões, bem como nas decisões, o que, aparentemente, resultou em maior motivação dos grupos. Contudo, relatam que a adesão ao modelo ficou muito prejudicada, uma vez que a capacitação/orientação da equipe, em relação aos pressupostos que determinam

o agir colegiado, foi incipiente. Dessa forma, a equipe de enfermagem não sabia a quem se reportar, nem tampouco o que cabia a cada elemento do grupo gestor. Essa importante constatação tem estreita relação com a postura mais impositiva dos idealizadores da proposta, que a implantaram, independentemente da necessidade percebida pela equipe multidisciplinar. Isso significa que, apesar de conhecerem e vivenciarem os desgastes assistenciais pelos quais vinha passando a instituição, na época da implantação, todas as categorias profissionais desconheciam o conjunto organizacional que contribuía ou até propiciava esses desgastes.

A organização real, sustentada por práticas cotidianas, quase nunca corresponde ao desenho da organização formal. Portanto, para produzir transformações em uma instituição, é necessário longo processo de discussão, de escuta entre a equipe multidisciplinar e a direção, de produção de novos consensos, sempre balizados por um projeto ético e político, minimamente compartilhado pelos atores institucionais.

A implantação da gestão colegiada, somada à implantação da Central Única de Regulação Médica no município, possibilitou rearranjo interno no hospital que levou, apesar das dificuldades, a algum grau de reorganização do espaço e, certamente, da assistência. A proximidade do gestor das unidades funcionais e maior autonomia na resolução de problemas e na gestão dos recursos financeiros permitiram avanços em relação à qualificação assistencial.

Observa-se que grande parte das facilitações ocorreu por tempo determinado, culminando com a saída do idealizador/coordenador. A participação dos representantes por categorias nas reuniões multidisciplinares, bem como a facilitação na comunicação intraunidade, a descentralização do poder e do processo decisório foi decrescendo, gradativamente, após o desligamento desse profissional, fato que contradiz os pressupostos desse modelo e aponta alguns limites na sua implantação nos contextos organizacionais concretos.

Apesar das dificuldades enfrentadas, porém, há que se ressaltar os avanços alcançados ou vislumbrados pelas equipes das unidades funcionais, no que se refere à implantação de modelo de gestão que enfatize a corresponsabilização, a participação do coletivo de trabalhadores na busca da qualificação da assistência e de maior motivação para a execução das atividades.

Salienta-se que pesquisa que aborde as dificuldades encontradas, desde a implantação desse modelo gerencial inovador, está sendo elaborada com vistas à melhor compreensão do processo como um todo, buscando contribuir para a melhoria da organização do trabalho e da produção do cuidado pela equipe multidisciplinar, incluídas

aí a enfermagem, por sua essencial presença na vida do hospital e por ser grande integrador e viabilizador da atenção à saúde.

## Referências

- Bernardes A, Cecílio LCO, Nakao JRS, Évora YDM. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12(4):861-70.
- Rocha ESB, Trevizan MA. Quality management at a hospital's nursing service. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(2):240-5.
- Merhy EE. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. [Tese Livre Docência] Campinas (SP): UNICAMP; 2000. 227p.
- Cecilio LCO. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 293-319.
- Ferraz CA, Valle ERM. Administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível. In: *Organización Panamericana de la Salud. La enfermería en las Américas*. Washington, D.C. 1999; Publication Científica (571):205-26.
- Motta PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record; 2002. 236 p.
- Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(4):863-70.
- Faria HP, Santos MA, Aguiar RAT. Gestão Colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. *Saúde Digital [internet]*. 2003 [acesso 28 novembro 2009]; Edição 22. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/outubro2003/especializacao.html>
- Cecilio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997. 333 p.
- Galvão CM, Sawada NO, Castro AP, Corniani F. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. *Rev. Latino-Am. de Enfermagem*. 2000; 8(5):34-43.
- Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987. 175 p.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona; 1977. 229 p.
- Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP). Unidade de emergência. 2007. [acesso em: 12 agosto 2008]. Disponível em <http://www.hcrp.fmrp.usp.br/gxpsites/hgxpp001>.
- Ferraz CA. *Ensaio sobre reforma político-administrativa hospitalar: análise sociológica da transição de modelos de gestão*. [Tese Livre Docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002. 157 p.
- Santos JS. Da fundação do Hospital das Clínicas à criação da Unidade de Emergência e sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às urgências. *Medicina*. 2002; 35:403-18.
- Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina*. 2003; 36:498-515.
- Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Finalidade do trabalho em urgências e emergências. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(4):535-40.
- Cecilio LCO. A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo. [Tese Livre Docência]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2007. 270 p.
- Bueno AA, Bernardes A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. *Texto contexto - Enferm*. 2010; 19(1):45-53.
- Bernardes A. *Gestão Colegiada: um desafio para a equipe multiprofissional*. [Tese Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005. 194 p.
- Bernardes A, Évora YDM, Nakao JRS. *Gestão Colegiada na visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital público brasileiro*. *Cienc Enferm*. 2008; 14(2):65-74.
- Bernardino E, Felli VEA. Knowledge and power necessary to reconstruct nursing after management changes at a teaching hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(6):1032-7.
- Carapineiro G. *Saberes e Poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento; 1998. 300 p.

Recebido: 23.2.2010

Aceito: 26.1.2011

### Como citar este artigo:

Bernardes A, Cecilio LCO, Évora YDM, Gabriel CS, Carvalho MB. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. jul.-ago. 2011 [acesso em: / / ];19(4):[08 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

dia | mês abreviado com ponto | ano

URL