UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Andrea Bernardes

Gestão Colegiada

A visão da Equipe Multiprofissional

Ribeirão Preto

- 2005 -

Andrea Bernardes

Gestão Colegiada

A visão da Equipe Multiprofissional

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Linha de Pesquisa: "Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem".

Orientadora: Profª Drª Yolanda Dora Martinez Évora

Ribeirão Preto
- 2005 -

FICHA CATALOGRÁFICA

Bernardes, Andrea
Gestão Colegiada: A visão da Equipe Multiprofissional/
Andrea Bernardes. Ribeirão Preto, 2005.

194 f. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
Orientadora: Profª Drª Yolanda Dora Martinez Évora

1. Gestão Colegiada. 2. Comunicação. 3. Tomada de Decisão. 4. Poder.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Andrea Bernardes

Gestão Colegiada: A visão da Equipe Multiprofissional

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor pelo curso de Pós–Graduação – Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.
Linha de Pesquisa: Dinâmica da Organização dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Aprovado em: _____/_____/_____

Profª. Drª. Yolanda Dora Martinez Évora

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª. Drª. Janete Rodrigues da Silva Nakao

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. José Sebastião dos Santos

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª. Drª. Maria Luiza Anselmi

Instituição: _____ Assinatura _____

RESUMO

BERNARDES, A. **Gestão Colegiada: A visão da equipe multiprofissional.** 2005. 194p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

O presente estudo surgiu do desejo de analisar as transformações ocorridas no cotidiano de trabalho de diferentes profissionais, decorrentes da implantação de um modelo de gestão inovador em um hospital público do município de Volta Redonda – RJ. O referencial teórico adotado trata-se da Gestão Colegiada ou Participativa que foi amplamente estudada por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Gastão W. S. Campos, além de outros.Tem como objetivos compreender a estrutura organizacional da instituição, identificar as alterações ocorridas na comunicação, tomada de decisão e poder, identificar e analisar as dificuldades encontradas no processo de mudança do estilo gerencial, bem como compreender como as mudanças interferem no cotidiano da equipe multiprofissional. A pesquisa qualitativa, através da abordagem do Estudo de Caso, proporcionou uma análise ampla e profunda do processo de implantação deste estilo gerencial participativo e descentralizado. As técnicas empregadas para a Coleta de Dados foram a análise documental e entrevista semi-estrututrada. Dentre as várias técnicas propostas para análise dos dados, optamos pela utilização da Análise Temática de Conteúdo descrita por Bardin. Os resultados do estudo revelam facilitação no processo de comunicação dentro das unidades assistenciais. Entretanto, a comunicação interunidades ainda é incipiente. Embora o hospital tenha baixa governabilidade para assuntos relacionados a Recursos Humanos, já que é uma autarquia da Prefeitura Municipal, a tomada de decisão e o poder aumentaram no que se refere às questões internas. Um outro aspecto que vem prejudicar a concretização do modelo de gestão, é que grande parte dos funcionários de nível elementar não está completamente engajada neste processo, especialmente no que tange aos profissionais que atuam no período noturno. Por outro lado, cabe ressaltar que, apesar dessa desarticulação dos técnicos e auxiliares de enfermagem, estes conseguem visualizar que houve relativização do poder e da autonomia para decidir no âmbito da unidade de trabalho. Acreditamos que o enfermeiro é o profissional mais qualificado para assumir cargos gerenciais, no entanto, a hegemonia e o poder médicos ainda se mantêm fortes na instituição. Ressaltamos que a maioria dos profissionais médicos permanece por tempo reduzido na instituição, se dedica pouco às atribuições gerenciais, além de ter dificuldades em flexibilizar as decisões e o poder. Estes fatos impedem a completa integração e interação com os demais elementos da equipe, o que prejudica expressivamente a efetivação do modelo de gestão adotado. Na tentativa de minimizar essas ocorrências, são realizadas reuniões mensais onde são levantados e discutidos problemas inerentes às unidades. Embora não haja a adesão completa dos profissionais e, apesar dos entraves que ofuscam a implantação plena e mais eficaz do modelo de Gestão Colegiada, evidenciamos que há maior adequação e qualidade no atendimento prestado ao usuário, fato que se constitui na principal missão desta organização. Há que se ressaltar que a grande maioria dos profissionais considera que houve uma repercussão positiva sobre a instituição, na medida em que se vislumbra a duplicação da área física, aumento do número de leitos, a incorporação de tecnologias avançadas e uma quantidade muito maior de serviços oferecidos à

população, sendo atualmente considerada como referência da rede básica de saúde de Volta Redonda e dos municípios da região.

Palavras Chave: Gestão Colegiada, comunicação, tomada de decisão e poder.

ABSTRACT

BERNARDES, A. **Sharing Management:** The view of the multiprofissional team. 2005. 194 p. Thesis (Doctorate) – Nursery school of Ribeirão Preto city, São Paulo University, 2005.

The present study issued of desire about analyze the transformations occurred in the daily working of different professionals, about the implantation of an innovator management model in a public hospital of Volta Redonda city in Rio de Janeiro. The theoretical reference adopted is the Sharing Management that was widely studied by Luiz Carlos de Oliveira Cecílio and Gastão W. S. Campos, among others. The objectives are understand the organization structure of institution, identify the changes occurred in the communication, decision taking and power, identify and analyze the difficulties found in the change process of management style and understand how the changes interfere in the quotidian of professional team. The qualitative research, through Case Study proportioned an ample analysis of implantation process from that participative and decentralized management style. The techniques applied for the data collecting were the documental analysis and semi-structures interview. Among many techniques suggested for data analysis, we chose the utilization of Thematic Analysis of Contents written by Bardin. The results of study reveal facilitation in the communication process inside of assistance units, however, the communication among the units is still incipient. Although the hospital that is an autarchy of City Hall has a poor management for subjects relationed with human resources, refering with the inside questions, the decision taking and power increased. Other aspect that impairs the realization of management model is that many employees aren't engaged in this process completely, the employees that work in the nocturnal period principally, but despite disarticulation of nurses technicians and licensed practical nurses, they get to notice that there was an autonomy to decide in the workplace. We believe that the nurse is the most qualified to assume the management post, however, the hegemony and the power of doctors keep very strong in the institution. We emphasize that the major of doctors stays for reduced time in the institution, they don't dedicate themselves very much to the management attributions, moreover, they have difficulties to become the decisions and power flexible. These facts impede the complete integration among other people of team and this cause an expressive damage for the accomplishment of management model adopted. Trying diminishing this occurrence, meetings are realized monthly, where problems related to the assistance units are discussed. Although there isn't a complete adhesion of professionals and despite the problems that embarrass the effective implantation of sharing management model, we evidence that there are more fitness and quality in the attendance gave on people and this is the principal mission of this organization. There is that emphasize, however, that the major of professionals consider that there has been a positive repercussion about the institution as occur the duplication of work area, increase of beds for patients, the incorporation of advanced technologies and a bigger quantity of services offered for people, it has been considered as reference of health basic system of Volta Redonda city and other cities of region.

Key words: Sharing management, communication, decision taking and power.

RESUMEN

BERNARDES, A. **Gestión Colegiada:** La visión para el equipo multiprofesional, 2005. 194p. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

El presente estudio surgió del deseo de analisar las transformaciones ocurridas em lo cotidiano del trabajo de diferentes profesionales, decorrientes de la implantación del modelo de gestión innovador en un hospital público del município de Volta Redonda – RJ. EL referencial teórico adoptado trata de la Gestión Colegiada o Participativa que fue ampliamente estudiada por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Gastão W. S. Campos, ademas de los otros. Tem como objetivos comprender la estructura organizacional de la institución, identificar las alteraciones ocurridas en la comunicación, toma de decisión y poder, identificar y analisar las dificultades encontradas en el proceso de cambio del estilo gerencial, así como comprender como las alteraciones interfieren en lo cotidiano del equipo multiprofesional. La investigación cualitativa, a través del abordaje del Estudio del Caso, proporcionó um análisis amplio y profundo del proceso de implantación de este estilo gerencial participativo y descentralizado. Lãs técnicas empleadas para la colecta de dados fueron el analisis documental y entrevista semi-estructurada.Dentro de las diversas técnicas propuestas para el análisis de los datos, optamos por la utilización de Análisis Temático del Contenido descripto por Bardin. Los resultados del estudio revelaron facilitación en el proceso de comunicación dentro de las unidades asistenciales. Pero la comunicación interunidades todavía es insuficiente. Mismo que el hospital tenga baja gobernabilidad para asuntos relacionados a Recursos Humanos, ya que es uma autarquía de la Intendência Municipal, la toma de decisión y el poder aumentaron a lo que se refiere a las cuestiones internas. Outro aspecto que viene a perjudicar la concretización del modelo de gestión, es que gran parte de los funcionários de nível elemental no están completamente relacionados en este proceso, especialmente a lo que se refiere a los profesionales que actúan en el período nocturno. Por otro lado, hay que destacar que, a pesar de esta desarticulación de los técnicos y auxiliares de enfermería, estos consiguem visualizar que hubo relativización del poder y de la autonomia para decidir en el ambiente de la unidad de trabajo. Creemos que el enfermero es el profesional más cualificado para asumir cargos gerenciales, pero, la hegemonia y poder médicos todavía se mantienen fuertes en la institución. Destacamos que la mayoría de los profesionales médicos permanecen por tiempo reducido en la institución, se dedican poco a las atribuciones gerenciales, además de tener dificuldades em flexibilizar las decisiones y el poder. Estos hechos impiden la completa integración y la interacción con los demás elementos del equipo, lo que modelo de gestión adoptado. En el intento de minimizar esas ocurrencias, son realizadas reuniones mensuales donde son levantados y discutidos problemas inherentes a las unidades. Mismo que no halla uma adhesión completa de los profesionales y, a pesar de los problemas que no dejan la implantación plena y más eficaz del modelo de Gestión Colegiada evidenciamos que hay mayor adecuación y cualidad en el atendimiento prestado al usario, hecho que se constituye en la principal misión de esta organización. Hay que destacar que, así mismo que la gran mayoría de los profesionales considera que hubo uma repercusión positiva sobre la institución, en la medida en que se ve la duplicación del área física, aumento del número de camas, la incorporación de tecnologias avanzadas y una cantidad mucho mayor de servicios ofrecidos a la

población, siendo actualmente considerada como referencia de la red básica de la salud de Volta Redonda y los municipios de la región.

Palabras Claves: Gestión Colegiada, comunicación, toma de decisión y poder.

LISTA DE SIGLAS

AE – Auxiliar de Enfermagem

CE – Coordenador Enfermeiro

CM – Coordenador Médico

DG – Diretor Geral

E – Enfermeiro

GAG – Grupo de Apoio à Gerência

GLE – Gerente de Linha Enfermeiro

GLM – Gerente de Linha Médico

TE – Técnico de Enfermagem

Dedico este trabalho

À minha filha Júlia,
Pelo imenso amor que representa em minha vida.Você é a maior razão desta caminhada e da concretização desse sonho.

"Os grandes, no dia do aniversário, olham para trás. Eles têm saudades do tempo em que eram crianças. É só depois que a gente deixa de ser criança que a gente descobre que ser criança é muito bom".

RUBEM ALVES.

A meus pais Edmar e Maria Amélia
Que sempre me ajudaram a trilhar todos os caminhos, demonstrando-me amor e carinho...

"O amor só é amor se não se dobra a obstáculos e não se curva a vicissitudes... é uma marca eterna... que sofre tempestades sem nunca se abalar".

SHAKEASPEARE

Aos meus irmãos Fernando, Ariane e Eduardo
Que sempre compartilharam comigo todos os sonhos e todas as conquistas. Obrigada por tudo o que representam para mim!

"E eu desejo amar a todos que eu cruzar
Pelo meu caminho
Como eu sou feliz, eu quero ver feliz
Quem andar comigo,
Vem..."

GUILHERME ARANTES

Agradecimento Especial

Ao Professor Doutor Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Pelos ensinamentos e brilhantismo na condução deste trabalho.

Sinto-me orgulhosa por ter sido meu co-orientador, mesmo que informalmente.

A Professora Doutora Janete Rodrigues da Silva Nakao

Pela amizade e apoio durante todos estes anos de convívio. Você é e sempre será uma referência importante em minha vida.

"Pensa como pensam os sábios, mas fala como falam as pessoas simples".

Aristóteles

Agradecimentos

Quero expressar a minha imensa gratidão a todos aqueles tornaram possível este estudo, em especial:

À Profª Drª Yolanda Dora Martinez Évora, por sua orientação competente, pela paciência e confiança. Obrigada por compartilhar desta "luta" e pela solidariedade constante.

À todos os meus familiares, especialmente à minha avó Leontina, à minha prima Maria Cláudia e aos meus cunhados Ricardo, Vanessa e Mariana pelo apoio incondicional e alegrias no tempo compartilhado.

À minha tia Célia, às minhas primas Natália e Mariana e à amiga Lígia pela sua dedicação e grandiosa colaboração na elaboração deste trabalho.

À Creusa, minha grande amiga que sempre me apoiou e acreditou em mim, talvez até mais do que eu merecia. Eu lhe sou eternamente grata por ter entendido minhas limitações e pelo carinho demonstrado.

À Rosana, querida amiga. Nenhuma palavra poderia expressar minha gratidão pelo companheirismo e disponibilidade constantes e pela paciência e apoio nos momentos mais difíceis desta caminhada. Enfim, por todo o cuidado dedicado a mim no tempo de realização deste trabalho.

À amiga Anamaria, por me ajudar a superar os desafios, sempre me incentivando. Nós vivemos juntas todos os momentos de angústias e dificuldades e colhemos juntas a alegria da conquista.

À Jamile, Maria José e Ângela, pela oportunidade de compartilhar com vocês momentos inesquecíveis, por compreenderem minhas ausências e pelo incentivo constante. Vocês são amigas muito especiais!

À todos meus amigos, em especial Érica, Simoni, Marilena, Carla, Eliana, Jane, Jurema, Márcia, que direta ou indiretamente me ajudaram, me acolheram, me ouviram, demonstrando muito carinho e afeto.

Ao Vaner por entender minhas limitações, pela imensa paciência e pela constante disponibilidade em me ajudar.

À Profª Drª Maria Luíza Anselmi, pelas valiosas contribuições que possibilitaram a finalização deste estudo.

Ao Profº Dr. José Sebastião dos Santos pelas sugestões oferecidas e por participar da banca examinadora.

À Profª Drª Márcia Regina Antonietto da Costa Melo pela atenção e pelas discussões que favoreceram o enriquecimento desta pesquisa.

À todos os amigos do SAMU, especialmente aos enfermeiros, pela compreensão e colaboração em todos os momentos.

Aos Professores do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Araraquara que de diferentes maneiras apoiaram a minha trajetória.

Aos meus queridos alunos que dividiram comigo as alegrias e angústias deste processo. Vocês foram muito importantes nessa caminhada!

Aos amigos da Pós Graduação, especialmente Maria do Carmo, Lucieli, Márcia Simoni e Liudimilla pela convivência enriquecedora e pelas discussões que proporcionaram tantos aprendizados.

Aos profissionais do Hospital São João Batista, em especial à Juliana e Mônica, pela calorosa acolhida e pela constante disponibilidade em me ajudar. Vocês demonstraram que a distância física não impossibilita uma grande amizade.

À Maria Bernardete Malerbo pela revisão das normas bibliográficas.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo apoio financeiro concedido, fundamental para a concretização desta pesquisa.

Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial Deolinda e Lourdes pela atenção e colaboração na execução deste trabalho.

À Deus, por ter me dado condições físicas e mentais para não desistir, serenidade e coragem para superar todos os desafios e força para finalizar mais essa etapa.

"A felicidade não está na partida e nem na chegada, mas na travessia".

Guimarães Rosa

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE SIGLAS

APRESENTAÇÃO ---------- 01

1. INTRODUÇÃO ---------- 06

1.1 Delimitação do Problema e Justificativa ---------- 29

1.2 Objetivos do Estudo ---------- 30

2. REFERENCIAL TEÓRICO ---------- 31

2.1 Novas Abordagens Gerenciais ---------- 32

3. METODOLOGIA ---------- 52

3.1 Tipo de Pesquisa ---------- 53

3.2 Abordagem Metodológica ---------- 54

3.3 Local da Investigação ---------- 55

3.4 Sujeitos participantes do Estudo ---------- 55

3.5 Procedimento de Coleta de Dados ---------- 56

3.6 Análise e Interpretação dos Dados ---------- 58

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa ---------- 60

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO ---------- 62

4.1 O Cenário Institucional da Pesquisa ---------- 63

4.2 Caracterização dos Sujeitos Entrevistados ---------- 71

4.3 Análise das Falas dos Entrevistados ---------- 73

4.3.1 A mudança ---------- 73

4.3.2 A comunicação ---------- 78

4.3.3 A tomada de decisão ---------- 87

4.3.4 O poder ---------- 97

4.3.5 O reflexo das mudanças ---------- 110

4.3.6 O enfrentamento das dificuldades ---------- 125

4.3.7 Rapidez e adequação na resolução dos problemas e participação da equipe ---------- 135

4.4 A Enfermagem e sua fala ruidosa ---------- 143

4.4.1 Ruídos encontrados nas falas dos Gerentes de Linha e Coordenadores Enfermeiros ---------- 145

4.4.2 Ruídos encontrados nas falas dos Enfermeiros ---------- 148

4.4.3 Ruídos encontrados nas falas dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem - 160

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS ---------- 164

6. REFERÊNCIAS ---------- 177

7. ANEXOS ---------- 186

7.1 Instrumento de Coleta de Dados ---------- 187

7.2 Autorização para Realização da Pesquisa ---------- 190

7.3 Aprovação do Comitê de Ética ---------- 191

7.4 Termo de Consentimento Autorizado ---------- 192

7.5 Organograma em 1993 ---------- 193

7.6 Organograma Atual ---------- 194

Apresentação

APRESENTAÇÃO

O estímulo principal para a realização deste estudo ocorreu a partir do nosso interesse pela Administração Hospitalar advinda da época da graduação e do trabalho como enfermeira supervisora em duas entidades hospitalares no município de Ribeirão Preto e ainda em decorrência das dificuldades práticas para atuar nos diferentes estilos gerenciais. Partimos de reflexões a respeito de nossa experiência também enquanto docente e, da necessidade de clarificar nossas crenças e valores acerca da tomada de decisão, supervisão, organização dos serviços de enfermagem e dos fundamentos que justificassem o modelo gerencial adotado pelas instituições hospitalares.

Portanto, o interesse por esta pesquisa foi se produzindo a partir do acúmulo de experiências, críticas, contradições, dúvidas e mesmo das alternativas que vêm sendo vislumbradas para nossa área de trabalho, que é o Gerenciamento em Unidades de Saúde.

Muitos foram os momentos de frustração e desapontamento frente às incertezas sobre a importância do papel gerencial do enfermeiro, o que contribuía para aumentar os sentimentos de impotência e de pseudo-autonomia deste profissional tanto em relação ao ato de cuidar como o de administrar.

Percebemos, a partir da Dissertação de Mestrado, que o enfermeiro envolve-se em demasia com atividades que visam os interesses da instituição em que trabalha executando ações administrativas burocráticas em detrimento às ações administrativas voltadas à assistência de enfermagem. Isto acaba gerando insatisfação

por parte do cliente hospitalar e do próprio enfermeiro que muitas vezes não entende qual seu verdadeiro papel na instituição.

De certa forma então, podemos afirmar que o conteúdo teórico de administração que tem nos sustentado iniciou-se na graduação e aprofundou-se no Mestrado, quando pudemos apreender muitas contradições que emergem por meio do olhar dos administradores hospitalares e dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho administrativo executado pelo enfermeiro.

Durante o Mestrado, no entanto, não nos preocupamos em diferenciar os estilos gerenciais, mas de entender o trabalho administrativo do enfermeiro no modelo instituído, o qual traz fortes marcas da Administração Científica e Clássica.

Notamos que o baixo nível de satisfação advindo desse modelo tradicional de gestão leva os funcionários a um maior descompromisso com a instituição, bem como a um desinteresse no desenvolvimento pessoal e profissional.

No entanto, quando atuamos em diferentes organizações de saúde como enfermeira supervisora e como docente, constatamos que o processo de trabalho em saúde tem se modificado frente às possibilidades de incorporação tecnológica e a busca de maior qualificação e satisfação no trabalho. Esses fatos, somados a outros, têm sido facilitadores para o surgimento de um novo modelo de gestão que vem sendo discutido e implementado em algumas instituições de saúde.

Além disso, cursamos uma disciplina, como aluna do Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo intitulada “Administração no contexto da Enfermagem”. Esta tinha por objetivos analisar a conformação da prática gerencial do enfermeiro focalizando as relações de poder e de decisão institucional, bem como propiciar conhecimentos sobre o planejamento

estratégico situacional como instrumento de gerência do enfermeiro e analisar as possibilidades de integração entre a gestão administrativa e a gestão do cuidado no âmbito hospitalar. Essa disciplina nos propiciou o despertar de um interesse ainda maior sobre o assunto e nos ofereceu subsídios teóricos para o aprofundamento do estudo.

Incentivadas pela necessidade de capacitação, pela ampliação no campo de atuação e reconhecendo os benefícios desta incorporação tecnológica, visamos, no Doutorado, buscar aprofundar conhecimento acerca de modelos gerenciais inovadores, que envolvessem a equipe multidisciplinar num trabalho conjunto com vistas ao aumento da qualidade do atendimento ao cliente assim como o aumento da satisfação no trabalho para todos os profissionais envolvidos.

Neste sentido, buscamos os locais onde se tem implantado o estilo de gestão denominado “Gestão Colegiada” ou “Gestão Participativa” e realizamos um estudo teórico acerca deste modelo.

Como primeira iniciativa, procuramos nos inserir no Grupo Gestor da Sala de Urgência da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que vinha utilizando este modelo de gestão. Após autorização do coordenador da instituição, participamos de duas reuniões que ocorriam quinzenalmente. Devido a problemas no agendamento de novas reuniões interrompemos nossa participação. No entanto, essa experiência foi fundamental para a confirmação do real interesse pelo tema e demonstrar o quão apaixonante e envolvente ele é.

A partir de então, buscamos estabelecer contato com um renomado estudioso do assunto, o Professor Doutor Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, que contribuiu na definição do local de estudo e ofereceu novas condições de aprofundamento teórico.

Cabe ressaltar que essa é nossa primeira aproximação a este estilo gerencial inovador. Desta forma, considerando que as alterações neste contexto são bastante amplas, pretendemos sinalizar, dar indícios do que mudou. Acreditamos que somente quem vivenciou a transição gerencial ou participou mais profundamente de sua construção e aplicação, pode ter uma compreensão mais ampliada acerca dos aspectos que a envolve.

Acrescentamos que o interesse por esta temática foi se intensificando na medida em que fomos cursando as disciplinas do Programa de Pós Graduação, nível Doutorado, e nas conversas com a orientadora e alguns outros interlocutores, quando pudemos ratificar o quanto a reflexão sobre o trabalho gerencial dos enfermeiros, suas contribuições e fragmentações, se faz relevante, para podermos vislumbrar mudanças em muitas das situações que hoje são insatisfatórias não só para a equipe de enfermagem, mas para todos os trabalhadores da saúde em geral, que estão envolvidos no processo de gestão dos serviços.

Assim, estamos reafirmando na presente pesquisa, a nossa preocupação com essa temática uma vez que entendemos que as dúvidas, os conflitos, as contradições a respeito do trabalho gerencial do enfermeiro ainda têm muito a ser discutido.

1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

É urgente repensar a prática dos serviços de saúde. Normalmente atribuem-se como fatores que ocasionam seu baixo desempenho a falta de recursos, sejam humanos ou materiais assim como a baixa qualificação do pessoal, deixando de considerar que a existência de recursos, por si só, não garante a qualidade dos serviços.

Em qualquer organização onde as pessoas se agrupam para realizar determinadas tarefas, para produzir bens ou serviços, é necessário que haja um trabalho para prover as condições necessárias ao alcance de seus objetivos. Em unidades de saúde, a coordenação das atividades planejadas de acordo com o grupo que presta assistência e o que recebe esta assistência envolve princípios de organização, direção, controle, revisão, tomada de decisão. Esse trabalho para conseguir o desempenho das tarefas e a satisfação humana que envolve os princípios citados é o que chamamos de administração.

Segundo Geovanini et al. (1995), data do século XVIII a organização do ambiente hospitalar, que ocorreu em função da Revolução Industrial na Inglaterra, pois, a produção das indústrias que estavam crescendo e se desenvolvendo cada vez mais, estava ameaçada diante do elevado índice de doenças infecto-contagiosas encontradas naquela época, atingindo a saúde dos trabalhadores.

Sabemos que o advento da Revolução Industrial trouxe também a complexidade organizacional, a hierarquia, a coordenação das tarefas, a supervisão e a figura do gerente.

A gerência é incorporada tendo como meta e preocupação fazer valer a autoridade, a disciplina, a hierarquia, a responsabilidade, o planejamento, o controle,

a coordenação e para atuar nas relações de trabalho, buscando tornar submersos os conflitos advindos dos modos de trabalho (MOTTA, 2002).

Contudo, foi no século XIX que se iniciou a organização do trabalho de enfermagem, quando Florence Nightingale introduziu uma visão de enfermagem não só de intervenção direta junto ao doente, mas também ampliou as funções para o meio ambiente, tendo o controle do mesmo através de observação e supervisão rigorosas. Na ocasião, organizou a hierarquia e introduziu o rigor da disciplina na enfermagem. A execução da atividade administrativa legitimou-se no trabalho e sempre esteve presente na enfermagem, desde a sua institucionalização. A dimensão prática das técnicas e a dimensão prática do saber administrativo resultaram na divisão técnica do trabalho na enfermagem: alguns agentes administrando e outros executando. Com efeito, a escola admitia dois tipos de enfermeiras: as destinadas às tarefas de supervisão e ensino, denominadas “lady-nurses” por possuírem alta posição social, e as que prestavam cuidados diretos, as “nurses”, de nível social inferior (GOMES, 1991).

Vale ressaltar que a divisão técnica do trabalho levou ao parcelamento do trabalho em tarefas cada vez mais simples, com vistas a atingir um aumento na especialização do funcionário, economia de tempo e, conseqüentemente, aumento na produtividade.

Acrescenta Rozendo (2000) que

> *“Tal divisão não reflete apenas a fragmentação do trabalho, mas, principalmente, provoca a divisão do homem como ser revestido de uma totalidade, sujeito social capaz de gerir suas ações físicas e mentais articuladamente”* (p.20).

Nesta perspectiva, ao pensarmos em reestruturar o sistema de saúde, temos de considerar a organização dos serviços de cada unidade, reordenando sua prática a partir de uma nova concepção, definida pelo modelo assistencial de saúde que se quer, que deve se constituir seu referencial de ação.

A função gerencial não implica apenas que o gerente possua conhecimentos administrativos e técnicos, mas a capacidade de lidar com pessoas, conhecer suas necessidades, valores e motivá-las para a realização da tarefa organizacional. Como a função gerencial é um fenômeno que compreende relações interpessoais, na qual as pessoas ocupam posições diferenciadas na estrutura organizacional, a questão do poder se coloca e esta estrutura expressa um cenário onde as relações ocorrem. Portanto, administrar essas relações exige conhecimento e habilidades do gerente, que algumas vezes utiliza o poder como forma de direcionar aqueles que necessitam manter seus empregos em troca de obediência. Administrar é ter poder, porém pode ser compartilhado ou verticalizado por meio de um organograma no qual as relações se estabelecem pela autoridade de uns sobre os outros, pelo disciplinamento ou controle dentro da equipe de trabalho ou pela cooperação e consenso.

O conceito de poder utilizado na maioria das instituições de saúde segue a lógica da dominação onde uns têm poder sobre os outros. Neste caso, define-se como "*a troca desequilibrada de possibilidades de ação, ou seja, de comportamentos entre um conjunto de atores individuais e/ou coletivos"* (FRIEDBERG, 1993, p.115). É o poder empregado por Weber, no qual a obediência é garantida através da imposição.

Uma outra forma de poder de uns sobre os outros é descrita por Foucault. Neste caso, o autor aponta a dimensão "disciplinamento" presente nas

instituições de saúde. Trata do poder não como renúncia a uma liberdade, transferência de direito. A relação de poder pode ser o efeito de um consentimento anterior ou permanente, no entanto ela não é, em sua própria natureza, a manifestação de um consenso (RABINOW; DREYFUS, 1995).

Já a terceira dimensão do poder refere-se à idéia de Talcott Parsons e Hannah Arendt. O primeiro enfatiza a autoridade, consenso e busca de metas coletivas e *"é concebido enquanto meio generalizado de mobilizar engajamentos ou obrigações de efetiva ação coletiva"* (PARSONS, 1956 apud LUKES, 1980, p.24). Arendt coloca que o poder "*corresponde à capacidade humana de não só agir, porém de agir em conjunto. O poder nunca é propriamente de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas enquanto o grupo permanece unido*" (ARENDT, 1970 apud LUKES, 1980, p.24). Esta concepção valoriza o "*poder de"* mais do que o "*poder sobre"* evidenciado nas duas primeiras concepções. É, portanto, a visão de poder que mais se aproxima das formas mais contemporâneas de gestão.

Acerca do poder, Cecílio (1997) coloca que o hospital é a mais complexa das organizações de saúde, sendo que nele, duas antinomias estão fortemente presentes. A primeira delas é o alto grau de especialização e de autonomia dos trabalhadores, versus a necessidade de coordenação das ações da organização como um todo. A segunda, que está relacionada à primeira, é

> *"a tensão entre o poder técnico concentrado na base da organização versus o poder administrativo da direção, com suas funções de coordenação. Os modelos de gestão adotados pelos hospitais públicos não têm contribuído para enfrentar estas questões. Pelo contrário, os*

PARSONS, T. The distribution of power in American Society. In: MILLS, W. **The power elite.** New York, Oxford University Press, 1956, p. 123-43.

ARENDT, H. **On violence.** Londres, Allen Lene, The Penguin Press, 1970.

> *organogramas verticalizados, com linhas de mando hierarquizadas para os três corpos funcionais principais (médico, de enfermeiro e administração), dificultam a comunicação e alimentam os conflitos"* (p.37).

Nessa linha de "mando-subordinação", que segue um organograma verticalizado, há um controle explícito com esquemas impostos uns *sobre* os outros, onde os médicos têm alto grau de autonomia, ficando excluídos de qualquer mecanismo de controle e detendo o poder nas organizações. Já na enfermagem, o poder se dá apenas na linha de comando que vai do enfermeiro ao auxiliar de enfermagem, mas não se dá em relação aos médicos e com a direção do hospital.

Acrescentam Cecílio e Merhy (2001) que a enfermagem tem, de alguma forma, o monopólio da gestão do cuidado, o que lhe confere lugar de poder na instituição. Complementam que

> *...a enfermagem tem um papel fundamental no processo de coordenação. Cremos que mesmo o pensamento mais crítico produzido pela enfermagem tem deixado de perceber o quanto esta questão tem centralidade, não fora por nada, para redefinir os papéis da enfermagem na administração do hospital. Dito isto de outra forma: a enfermagem não faz "apenas", a coordenação do pessoal da enfermagem. Ela vai mais longe, joga um papel muito mais "estratégico" para a vida hospitalar e muito mais complexo e difícil do ponto de vista de sua operacionalização: a gestão do cotidiano das unidades assistenciais". (p.10)*

Assim, o enfermeiro, através do gerenciamento das unidades, deve buscar suprir as necessidades dos clientes na sua integralidade, além que garantir, através da sua coordenação, que os elementos que compões a equipe propiciem o funcionamento adequado da unidade. No entanto, para que seja possível a garantia da qualidade da assistência prestada, o enfermeiro deve atuar em parceria com os demais elementos da equipe multiprofissional, fato que não ocorre em relação ao médico.

Nesta perspectiva, o poder exercido pelo enfermeiro é relativo na medida em que a enfermagem é quem gerencia o cuidado nas áreas assistenciais,

porém sem ter autoridade formal para exercer esta gerência de forma mais abrangente, uma vez que o médico estabelece uma relação de dominação com os demais profissionais, inclusive com o próprio enfermeiro.

Corrobora dessa idéia Pires (1999) quando diz que nesse modelo de trabalho compartimentalizado, a medicina mostra-se como detentora legal do saber de saúde e elemento central do ato assistencial. Complementa que

> *"O médico é o elemento central do processo assistencial institucional em saúde. Os demais profissionais que participam da assistência, subordinam-se às decisões médicas, mas cada categoria profissional mantém certa autonomia de avaliação e tomada de decisão".* (p.35)

A flexibilidade de horário do médico, grande autonomia na sua prática, a desconsideração por parte deste profissional em relação ao trabalho da equipe de enfermagem, traduz o poder médico e acaba levando a conflitos.

Lidar com conflitos é uma constante nas organizações hospitalares. Motta (2002) relata que há três grandes correntes na abordagem do conflito na organização. A primeira entende os conflitos como resultados de disputas de interesses inconciliáveis; a segunda traz o conflito de papéis existente (particularmente na enfermagem) e a terceira trata o conflito como sendo uma discrepância entre as aspirações individuais do profissional e as imposições organizacionais.

Esses conflitos, bastante evidentes nesse modelo gerencial tradicional, são intensificados principalmente quando entra em jogo o poder de uns *sobre* os outros. Conforme anteriormente descrito, Foucault (1995-b) entende que o poder *"só existe em ato, é um modo de ação de alguns sobre os outros"* (p.318). É um poder disciplinador e controlador. Já para Weber (2000) *"poder significa toda probabilidade de impor a própria vontade numa relação social contra resistências, seja qual for o*

fundamento desta probabilidade" (p. 33). Nesse caso, o poder é visto como forma de coação, de imposição de idéias, de dominação, de mando-subordinação.

Portanto, neste modelo verticalizado presente em muitas instituições, ter poder é controlar o outro ou influenciar sua conduta. É alguém fazer algo que não faria se não fosse pela imposição do outro. Desse modo, falar em autonomia é falar em poder.

Quando se trata da direção da instituição e de outros profissionais, como os médicos, o enfermeiro se mantém numa relação mais de subordinação do que de dominação. Complementam Almeida e Rocha (1997) que

> *"Caberá ao médico a apropriação do momento mais intelectual do trabalho (diagnóstico e terapêutica), tornando-se agente hegemônico desse processo. As outras práticas que se agregarão serão igualmente necessárias, mas... o médico garantirá o espaço de poder sobre o conjunto dos outros trabalhos".* (p.20)

O poder exercido formalmente pelo enfermeiro neste modelo fragmentado se dá em relação à sua equipe e é maior na medida em que utiliza as estruturas pré-existentes no seu espaço de ação. É este profissional quem determina o que vai ser feito pela equipe de enfermagem, como vai ser feito e quando.

Para Foucault (1995-b) interessa a idéia de poder/saber, particularmente com o que designou como o regime do saber, ou seja, a maneira como o saber circula, funciona e suas relações com o poder.

Por essa análise, o enfermeiro exerce poder sobre sua equipe, determinando grande parte de suas ações, porque detém o saber. Complementam Almeida e Rocha (1997) que o saber da enfermagem envolve a ação de cuidar e a atividade de administrar, sendo que esta última não é realizada por todas as categorias de enfermagem, mas sim, pelo enfermeiro.

Nesta perspectiva, o enfermeiro ocupa um espaço hierarquizado de poder no processo de trabalho em saúde que se deve à estruturação das atividades do serviço dos demais elementos da equipe de enfermagem.

Pelo exposto, fica claro que a autoridade e o poder na maioria dos hospitais ainda estão pautados nos princípios da Abordagem Clássica da Administração, seguindo uma hierarquia vertical que desce do topo para a base e que poderia ser desenhada em uma pirâmide onde, na medida em que sobe na escala hierárquica, aumenta-se o grau de responsabilidade atribuída e o nível de poder.

Segundo Massarollo (1991), Spagnol, (2000), Rozendo (2000) e Chiavenato (2000), a estrutura organizacional de uma empresa é visualizada e representada por um gráfico, denominado organograma que demonstra as áreas de trabalho e suas interrelações nas linhas de mando que evidenciam o grau de subordinação entre as pessoas alocadas nos diversos setores. Esses organogramas formais já estruturados dificultam qualquer processo de mudança.

Soma-se a isso o fato de que o baixo desempenho que verificamos nos serviços de saúde, especialmente no setor público, não pode ser atribuído apenas à incompetência, à desmotivação, ou a baixos salários e às más condições de trabalho, mas também, à inexistência de responsabilidade gerencial. (JUNQUEIRA, 1990).

Sabemos que os serviços de saúde possuem tarefas inovadoras e rotineiras, com complexidades diferentes e com pessoas que estão mais propensas a aceitar valores mais grupais que individuais, onde a tolerância por padrões rígidos tende a diminuir. Além disso, a eficiência das organizações ocorre na medida em que conseguem livrar-se das práticas burocráticas que as imobilizam e as tornam

menos sensíveis e susceptíveis à mudança e mais vagarosas. Esses serviços de saúde não podem ser responsabilizados individualmente, mas é a relação que estabelecem entre si e, principalmente, a combinação entre esses fatores que deverá ser estabelecida pela gerência.

Tal fato é, então, atribuído também ao modelo gerencial adotado em grande parte das instituições de saúde. O gerenciamento baseado nos pressupostos da Abordagem Clássica da Administração leva a crer que sem planejamento, direção, coordenação, organização e controle, a tarefa organizacional não será realizada com eficácia.

Sabemos que o controle é a atividade mais utilizada nos serviços de saúde e, em especial, o hospital. Coloca Chiavenato (2000) que a palavra "controle" pode assumir vários significados em Administração, a saber:

> *"Controle como função restritiva e coercitiva: utilizado no intuito de coibir ou limitar certos tipos de desvios indesejáveis ou de comportamentos não aceitos... Controle como um sistema automático de regulação: utilizado no sentido de manter automaticamente um grau constante de fluxo ou funcionamento de um sistema... Controle como função administrativa: é o controle como parte do processo administrativo, como o planejamento, organização e direção ".* (p.133)

Salientamos que o que ocorre na maioria das vezes é o chamado "controle social", que apresenta um caráter manipulativo e que inibe o comportamento das pessoas, privando-lhes da liberdade que deveriam possuir.

O controle faz parte da gerência e vai continuar existindo, porém há necessidade de recriá-lo de uma forma mais horizontalizada, de modo que não se restrinja aos funcionários a liberdade de expressão, de participação no processo de trabalho. E essa participação exige por parte do trabalhador um envolvimento e disponibilidade diferenciados.

Entretanto, acreditamos que a gerência não deva se limitar ao planejamento e controle, mas principalmente engajar à missão institucional a oferta de serviços de qualidade à clientela que assiste. Para Junqueira (1990), no Brasil, a lógica que prevalece nas organizações públicas prestadoras de serviços, em especial da saúde, não é do atendimento da satisfação das demandas da sua clientela e sim dos interesses burocráticos que perpassam as organizações públicas. Isto ainda é conseqüência do autoritarismo, do descompromisso, como se o direito fosse apenas das classes privilegiadas.

Contudo, ressaltamos que estamos passando para uma sociedade nova, “pós-industrial”, na qual os profissionais precisam aprimorar sua forma de trabalho, evitando a uniformização, a fragmentação, a racionalidade. Existe um movimento social que confronta a ciência e a prática e esse pode ser um salto para a mudança. Todas essas manifestações da sociedade como um todo, contribuem para a redução da hierarquização e do poder instituído. Sabemos que na tentativa de burlar o poder da minoria que dirige as instituições, tem havido grande dissidência em todos os níveis hierárquicos que tem preocupado a alta gerência.

Nesta perspectiva, acreditamos que se deva investir em novas dinâmicas que funcionem como facilitadoras de um processo que guie as ações para os objetivos previamente determinados. Para isso, uma estratégia é a (des)construção do conhecimento já instituído, que leva a um controle verticalizado, técnico e disciplinar, com organogramas formais e rígidos. Acreditamos que se faz necessário o “deslizamento” da identidade profissional, onde todos os membros da equipe de saúde necessitem rever seu papel. Salientamos que tais fatos não levam à perda do controle, mas a uma autoridade mais flexível, num processo lento e

penoso de “construção” de um novo conhecimento, baseado naquele já existente; é o “novo” conhecimento dentro do “antigo”.

Salientamos que no mundo moderno, o êxito de qualquer instituição depende de sua capacidade de perceber alterações em valores sociais, ambientais e incorporá-los à organização. Ressaltamos que uma nova visão torna-se emergente no que tange à gerência, ou seja, há necessidade de se instituir instrumentos de análise e novas formas de definir prioridades, proporcionando o aparecimento de outras formas de comunicação, motivação, enfim, de ampliação das interações humanas.

Complementa Motta (2001) que

> *“Estruturas rígidas provaram ser insuficientes para eliminar incertezas; ao contrário, eram um fator de maior risco... Ao contrário da visão clássica, a nova perspectiva reduz a importância da distribuição de autoridade e de responsabilidade na determinação do comportamento administrativo: vê o comportamento causado também pela interação pessoal e grupal, pelas percepções individuais e pela forma como as informações externas são processadas internamente”.* (p.87)

Tentamos assim, superar o Modelo Taylorista e Burocrático que visa a divisão do trabalho, com método de trabalho funcionalista que é típico da fase mecanicista da administração. A assistência de enfermagem é fragmentada em atividades, distanciando o funcionário do todo da assistência de enfermagem. Baseia-se também na centralização, hierarquia, normatização, controle/disciplina e alienação.

Complementa Lima (1998) que a gerência científica contribuiu para despersonalizar o homem no trabalho, reduzindo sua participação e importância na tarefa, tornando-o um ser fragmentado, parcializado na visão de mundo, inclusive do trabalho e tão mecânico quanto as máquinas que operam, piorando também a

qualidade de vida dos trabalhadores pelo esvaziamento do conteúdo das tarefas que executam, pelo desgaste e insatisfação com o trabalho.

Vale ressaltar que o Modelo Burocrático tem a ver também com a imposição de normas, padrões de comportamentos. Isso promove o desencantamento das pessoas e a alienação. Tais modelos foram importantes por algum tempo, porém devemos buscar mudanças.

Rozendo (2000) complementa dizendo que os princípios da burocracia estão presentes nas organizações modernas, em maior ou menor intensidade e, se por um lado são considerados o caminho racional para a eficiência, por outro também são responsabilizados por algumas disfunções encontradas nas organizações. Assim, a palavra "burocracia" muitas vezes é utilizada em tom pejorativo, quase um insulto, sinônimo de algo negativo.

Corrobora com a idéia acima, Kurcgant (1991) e acrescenta que

> *"a valorização das normas e regras parece ser, entretanto, o enfoque da Teoria Burocrática que mais tem influenciado a prática de enfermagem, influência essa que, na verdade, constitui um dos fatores que têm contribuído para uma prática administrativa estanque, baseada em regras e normas obsoletas com poucas perspectivas de mudanças"* (p. 9).

Este Modelo Clássico da Administração Hospitalar data do século XX e suas origens vêm da racionalização Taylorista e da Sociologia da Burocracia de Weber. Os princípios da administração científica de Taylor incluem autoridade hierarquizada, modo de operar segundo normas e rotinas, centralização do poder, controle como forma de disciplina, divisão do trabalho, e conseqüentemente, um trabalho alienado.

Campos (2000) coloca que

> "*comando e controle pressupõem concentração de Poder. A democratização do Poder nas Instituições seria, portanto, uma diretriz operacional anti-Taylor. E, sem dúvida, a marca central da Organização*

> *moderna ou pós-moderna continua sendo autoritarismo. Um autoritarismo, às vezes, revestido com palavras doces - parceria, integração, desenvolvimento de recursos humanos, flexibilização - mas enganosas"* (p.23).

Quem lê Taylor, não deixa de comparar o papel por ele atribuído à descrição e a idealização da função paterna. O operário é visto como um ser que não sabe o essencial a ser sabido. E o que por ventura soubessem os trabalhadores, seria para atrapalhar a livre aplicação das normas e regras "cientificamente" elaboradas pelos sábios detentores do único saber a ser considerado: o produzido pela "administração científica" (CAMPOS, 2000).

Para essa lógica, a democracia seria considerada uma irresponsabilidade, como deixar crianças enfrentando sozinhas um mundo desconhecido. Ainda para Campos (2000),

> *"ao mesmo tempo que os trabalhadores foram infantilizados, apresentados como seres incapazes de decidir, não houve, como haveria em uma família ideal, nenhuma veleidade de educá-los para uma vida futura de adultos responsáveis e autônomos... A gerência de moldes tayloristas assenta-se, portanto, sobre a necessidade de conservar alienada a maioria dos trabalhadores"* (p.25).

Já a Burocracia, estudada por Max Weber (1864/1920), tem como princípios um aparato altamente hierarquizado, o papel do gerente em função da divisão técnica do trabalho, fragmentação das responsabilidades, formalização das relações humanas e da produção, eliminação das relações informais e, conseqüentemente, uma vida institucional regrada e controlada.

Tanto no sistema Taylorista como no Burocrático, o poder é maior quanto mais pessoas estão sob supervisão direta do gerente e quanto maior o seu território de ação. Fica também explícita a anulação de qualquer decisão do trabalhador sobre o trabalho. Portanto, o papel do gerente consiste em preparar as

tarefas e sua execução, deixando claro, por meio de normas e rotinas, o que deve ser feito, como deve ser feito e o tempo necessário para efetuar as tarefas.

Daí então nos perguntamos: quais são os processos que estão implícitos no “cuidar”, no “gerir o cuidado” e no “gerir o serviço”? A indefinição do enfermeiro, o não saber se localizar passa para os demais componentes da equipe multiprofissional uma visão ruim. O enfermeiro pode fazer as três coisas, mas deve saber o que faz a cada momento.

Na esfera do gerenciamento do cuidado estão a evolução de enfermagem com exame físico diário, prescrição de enfermagem e supervisão dos auxiliares e técnicos. Na esfera da gerência da unidade estão os encaminhamentos de exames, colocar horário na medicação prescrita, pedir medicamento à farmácia, providenciar ambulância, contactar nutricionista, entre outras. (PEDUZZI; ANSELMI, 2002).

Dessa forma, acreditamos que os enfermeiros precisam deixar de ser corporativos e subservientes para que consigam trabalhar com conteúdos que sirvam de sustentação para outras áreas. Cuidando ou gerindo, precisam incentivar e buscar a mudança de paradigma trabalhando mais coletivamente, prestando um cuidado mais holístico, mais ampliado, e em relação à gestão, trabalhar com sujeitos coletivos em espaços coletivos, buscando a produção de coletivos. Precisam estar abertos a construir processos de trabalho, para construir uma produção científica que tenha a cara de quem está construindo, uma produção inovadora que traga novos conceitos que ajudem a reconstruir a enfermagem enquanto profissão.

Campos (2000) coloca que

> *“a produção de coletivos vem com o propósito de desenvolver consciência, conhecimento e produção. Os espaços coletivos são “arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; onde de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações”* (p.42).

Acrescenta que coletivos organizados para a produção são todos os agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas.

Já a atividade de enfermagem em relação ao Gerenciamento de Pessoal e aos Recursos Humanos vincula-se à seleção e contratação de profissionais com o objetivo de garantir o quadro de pessoal necessário à realização da assistência de enfermagem.

Há hoje, o enfrentamento de uma crise relativa à manutenção do quantitativo de pessoal. Esse fato fica mais evidenciado quando a instituição é conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Spagnol (2000) ressalta que tem havido na mídia denúncias de insolvência de um grande número de hospitais filantrópicos, que estão apresentando dificuldades financeiras, não tendo verbas para o pagamento de credores e dos salários de seus funcionários. Tal fato deve-se à tabela defasada de valores pagos pelo SUS.

Deste modo, acaba ocorrendo uma contratação quantitativamente menor do profissional enfermeiro pelos hospitais públicos, filantrópicos e beneficentes, já que esses hospitais não têm recursos financeiros suficientes para adequar o número de funcionários à demanda de atendimento. Além deste fato, consideramos que há sub-valorização deste profissional em termos salariais, especialmente nas entidades mantenedoras citadas, o que faz com que aquele que tem mais conhecimento e maior preparo, procure alternativas mais viáveis em termos salariais, por exemplo, em instituições privadas ou docência. Portanto, a qualidade do atendimento nessas instituições de saúde pode acabar sendo inferior.

Concordamos com Marquis e Huston (2005) quando dizem que o enfermeiro precisa assumir riscos e comprometer-se com a qualidade do cuidado. Em uma era de recursos limitados e de contenção de gastos, há uma enorme pressão no sentido de sacrificar a qualidade na tentativa de conter custos.

Outro ponto que merece reflexão no gerenciamento de pessoal é o controle do comportamento técnico e disciplinar dos profissionais de enfermagem os quais têm sido surpreendidos com relatórios formais ou advertências, muitas vezes desnecessárias, com vistas à domesticação dos impulsos dos trabalhadores. Essas medidas têm gerado inércia profissional e adaptação ao sistema instituído.

Segundo Ferraz e Valle (1999)

> *"é saudável verificar que este instrumento de controle social está sendo questionado e rejeitado por alguns enfermeiros, que já relutam em aplicá-lo procurando viver conflitos nos espaços onde eles acontecem, utilizando-se de atitudes mais reflexivas para com o grupo trabalho. Esta relativização de posturas é uma amostra da possibilidade de transfiguração de gerência científica, com abertura de espaços para negociações e sem medo de colocar em risco a ordem instituída"* (p.217).

Devemos salientar também, o distanciamento do enfermeiro do cuidado ao doente. Este acaba se envolvendo com atividades administrativas burocráticas, mais voltadas ao interesse da instituição, como controle de gastos, controle de materiais, elaboração de manuais de rotinas, dentre outros, relegando a um plano secundário o cuidado ao cliente. Compartilhamos da idéia de Leopardi (1999) que relata que

> *"por questões estruturais que cristalizam as ideologias hegemônicas, parece sedimentar-se aí, uma separação entre indivíduos que precisam de uma assistência e a instituição em que esse trabalho se realiza, que se instaura pelos mecanismos disciplinadores das normas e rotinas".* (p.74)

Vale ressaltar, no entanto, que qualquer processo de "cuidar" que se possa pensar, necessariamente, deve passar por momentos que implicam em

contato do enfermeiro com o cliente. Para que isto ocorra, faz-se necessária a inversão do comportamento deste profissional no que tange às questões burocráticas e assistenciais, ou seja, a conscientização da valorização da administração do cuidado e o menor envolvimento com atividades normativas, prescritivas e que não dão margem ao desenvolvimento do potencial criativo e motivacional.

As considerações desenvolvidas até o momento nos faz pensar na necessidade de mudança da prática do enfermeiro. Na atualidade, este profissional está sendo chamado a compartilhar de uma tarefa voltada ao paciente 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.

É necessário ampliar 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 uma nova maneira de produzir saúde tendo como ponto principal o atendimento das necessidades do usuário.

Segundo Merhy (2000), este usuário sente-se inseguro, desinformado, desprotegido, desrespeitado, desprezado. Complementa que, em geral, ele não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema.

Percebemos então a urgente necessidade de se produzir saúde valorizando o acolhimento dos usuários e satisfação de suas necessidades. Para tanto, continua Merhy (2000) que precisamos entender que tecnologia não é apenas uma máquina moderna como raio-x, instrumentos para fazer exames laboratoriais,

ou mesmo fichários para anotar dados dos usuários. É 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.

Ferraz e Valle (1999) relatam que por tudo isso, a (des)construção do estilo de administração científica é emergencial. Temos que nos apoiar em coisas simples e valoráveis de enfermagem, a fim de transformar tarefas burocráticas em uma prática sensível dirigida ao cuidado do doente. A predominância marcante do caráter tecno-burocrático da função do enfermeiro revela o descaso deste profissional, mesmo que sem intencionalidade, para com o cuidado de enfermagem. É imprescindível a liberação do enfermeiro dessas atividades, que não exigem conhecimentos técnico-científicos de enfermagem para que haja maior envolvimento com atividades relativas ao gerenciamento do cuidado.

Os enfermeiros se posicionam como gerentes das unidades de internação, assumindo a organização do trabalho de enfermagem sob a lógica do controle técnico e social.

Esta lógica do trabalho destina-se a garantir a ordem nas enfermarias e na unidade como um todo e a sustentar um sistema funcional.

A assistência torna-se, entretanto, uma prática rotinizada, em que os doentes recebem cuidados por auxiliares que executam procedimentos automatizados, de ações padronizadas, obedecendo a condutas normatizadas há muito tempo. Tais fatos podem levar ao tédio e falta de interesse real dos profissionais que estão diante de uma organização social condenada à monotonia constante.

De modo geral, neste modelo gerencial tradicional a comunicação organizacional ainda é excessivamente formalizada e verticalizada. Há um predomínio das relações impessoais, decorrente das estruturas rígidas e hierarquizadas, e com isso as decisões ficam centralizadas nas mãos de uma minoria de enfermeiros que têm o poder formal. Essas situações que ocorrem no cotidiano hospitalar evidenciam o estilo clássico de gerência somado a práticas burocráticas que ainda são adotadas na enfermagem, trazendo conseqüências negativas para clientes e trabalhadores (KURCGANT, 1991; SPAGNOL, 2000).

Devemos assim, trabalhar no sentido de acabar com a homogeneização que está presente na prática rotinizada e nas decisões normatizadas. Esta reduz todas as coisas a uma norma comum e igual, inibindo a criatividade, o estímulo à participação nas decisões, a responsabilização.

Motta (2002) diz que

> *"a teoria contemporânea de decisão gerencial procura demonstrar o valor do senso comum, de simplicidade e do juízo das pessoas, através do uso ativo dos instintos e percepções individuais. Refere-se muito à decisão intuitiva, isto é, aquela que não se baseia ou mesmo contradiz a lógica dos fatos explicitamente conhecidos ou sistematizados. A intuição é vista como um impulso para a ação em que não se faz uso do raciocínio lógico"* (p. 50).

Acrescenta que encontrar novos caminhos e alternativas não depende somente de ser racional, parar, pensar e analisar; é preciso, também experimentar, ensaiar e, sobretudo, agir num processo de aprendizado organizacional, etc... No processo de aprendizado organizacional é necessário experimentar, ter flexibilidade e capacidade adaptativa; "*tratando objetivos como hipóteses, intuição como realidade, hipocrisia como transição, a memória como inimiga e a experiência como teoria"* (p. 67).

Frente a este contexto, observamos que determinadas estruturas organizacionais pressupõem determinados modelos de gestão e por conseqüência, de distribuição de poder, autoridade, comunicação e decisão.

Este mesmo autor afirma que os organogramas surgem na atualidade com maior simplicidade, a fim de instituir propostas organizacionais mais diretas, constituindo unidades funcionais com poder de decisão, ligadas ao topo da estrutura por coordenações.

O organograma vertical impõe poder com cargo instituído, a comunicação se dá através 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 através de relação com vínculo, afeto, demonstração de sentimentos, levando a um conteúdo racional com sensibilidade e com muita intuição.

Campos (2000) relata que

> *"a organização vertical, comum à maioria das Organizações, exerce uma função castradora. Por meio de inúmeros mecanismos, mas particularmente por meio desta interdição – filhos que nunca serão pais; executores que nunca aprenderiam a pensar, já que impossibilitados de se educar tomando decisões que digam respeito ao Coletivo são produzido Sujeitos Seriais, seres desestimulados até de desejar participar da gestão de onde trabalham"* (p.26).

Temos claro que a simples horizontalização do organograma ou a diminuição da hierarquização não superam, por si só, as relações de poder, dominação e controle. 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. Corrobora dessa idéia Motta (2002):

> *"Trata-se de um modelo de organização descentralizada, com unidades autônomas, que refletem, a princípio, o todo organizacional. São projetadas com base em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão. Os setores descentralizados são modulares, autônomos e independentes, mas com interdependência garantida por um mínimo de valores absolutamente compartilhados e por um sistema de comunicação intensiva"* (p.122).

Nesta perspectiva, entendemos que é essencial o trabalho em equipe, já que não conseguimos, isoladamente, fazer transformações. Lidar com grupos é lidar com relações entre homens e o homem é um ser de desejos. Não podemos submeter o outro à nossa verdade, pois assim, o desumanizamos e o grupo empobrece. Só é possível fazer transformações acreditando na potência e complexidade do homem que é, acima de tudo, um ser de afetos. A razão ganhou força devido à lógica cartesiana, porém não é a principal característica do ser humano.

Pelo exposto, ressaltamos que devemos repensar a democracia antes de buscar uma gerência participativa e mais sensível.

> *"Democracia refere-se à possibilidade de alterações dos esquemas de dominação, à produção de novos contratos e a construção de nova hegemonia. Na prática, nenhum agente isolado produz democracia. Depende da capacidade social de se constituírem espaços de poder compartilhado (espaços coletivos). É a possibilidade de exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões"* (CAMPOS, 2000, p. 41).

Devemos aceitar as singularidades do indivíduo. A Gestão Participativa parece impossível sem ruptura de modelos. Vivemos no mundo do estabelecido, do "instituído". Ao implantarmos a Gestão Participativa, temos que quebrar, romper modelos.

Ninguém sobrevive instituindo-se a todo o momento. Espaços de "transversalidade" são fundamentais uma vez que possibilitarão a expressão de opiniões, grupalidade, sentimentos primitivos e inconscientes de forma a construir

processos de parceria entre as pessoas. Devemos desenvolver também a capacidade de seduzir, captar aliados, propagar idéias, impulsionar mudanças, evitando processos que impedem o surgimento do novo e que aparecem como resistência, porém não explícita.

Precisa haver rompimento da instituição total que vem com respostas prontas, desconsiderando as singularidades. A gestão participativa vem acompanhada do novo paradigma ético-estético. Deve haver diálogo onde os indivíduos dêem vazão à sua subjetividade, expressando seus desejos, necessidades e interesses.

Campos (2000) coloca que

> "a *Gestão Democrática e participativa se caracteriza por meio da construção de sistemas de co-gestão, uma nova lógica para a distribuição do Poder. Um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de "capacidade de direção" que é a habilidade e a potência para compor consensos , alianças e implementar projetos"* (p. 43).

Co-governar é tarefa inerente a todos os membros de uma equipe de trabalho. Pensar novos valores e uma nova ética que estimula a lógica da co-gestão e não a da dominação. Pensar não em dispositivos de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos: a base da co-gestão, ninguém governa sozinho. Democratização do Poder em todos os sentidos: na política, na micropolítica, entre os saberes, entre os sexos, entre fortes e fracos.

Concordamos com Ferraz e Valle (1999) quando dizem que

> *"é preciso começar a metamorfose da enfermagem universitária, tomando-se por base o paradigma ético-estético da Pós-Modernidade. Isto exigirá um pensar e agir diferentes, o abandono ou a diminuição das atividades tecno-burocráticas e o deslocamento para uma atuação dirigida ao cuidado do doente, partilhada no grupo de profissionais e dinamizada de forma interdependente entre o pessoal de enfermagem do hospital e da academia, os médicos e as outras categorias profissionais." (p. 223).*

Diante dessas contextualizações, voltadas à urgente necessidade da mudança de paradigma gerencial, passamos à explicitação das razões pelas quais torna-se imprescindível este estudo.

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

O objeto de estudo desta investigação delimita-se na compreensão da estrutura organizacional de um hospital público, localizado no município de Volta Redonda – RJ, bem como a identificação dos elementos gerenciais que se modificaram e levantamento e análise das dificuldades encontradas pela enfermagem na mudança do estilo gerencial desta instituição, tendo em vista a reestruturação administrativa que ocorreu nesta instituição a partir de 1993.

Optamos por este tema por acreditarmos que o estilo gerencial adotado ainda hoje na maioria dos hospitais esteja ultrapassado e necessitando de reformulação.

O que se pretende é apresentar e discutir uma experiência de mudança organizacional muito significativa que tem o cliente como foco de atenção da organização, a democratização da vida organizacional através da gestão coletiva em todos os níveis, buscando sempre garantir a participação dos trabalhadores do hospital no processo decisório, o compromisso com a qualidade do atendimento com avaliação permanente do serviço prestado e com a qualificação dos trabalhadores e o compromisso com a eficiência, visando a melhor utilização possível dos recursos alocados no hospital (CECÍLIO, 1998). Diante do exposto apresentamos algumas inquietações como:

• Quais aspectos gerenciais (comunicação, tomada de decisão, poder...) alteraram-se com a nova proposta de gestão na percepção dos enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e gestores?

• Quais as dificuldades enfrentadas para implantação do novo modelo?

• Como os enfermeiros e a equipe de enfermagem comportaram-se frente a estas mudanças?

• Como estas mudanças interferem no cotidiano da assistência de enfermagem? Os problemas são resolvidos mais rapidamente? Os elementos da equipe de enfermagem participam das propostas de solução?

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Objetivo Geral:

• Analisar as transformações ocorridas no cotidiano de trabalho dos diferentes profissionais da saúde em função da implantação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital governamental do município de Volta Redonda (RJ).

Objetivos Específicos:

• Compreender a estrutura organizacional da instituição estudada na perspectiva do Modelo de Gestão Colegiada;

• Identificar as alterações ocorridas na comunicação, tomada de decisão e poder decorrentes da implantação do atual modelo de gestão;

• Identificar e analisar as dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional no processo de mudança do estilo gerencial;

• Compreender como as mudanças interferem no cotidiano da equipe multiprofissional.

2. Referencial Teórico

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Novas abordagens gerenciais

Neste estudo, dada a natureza da pesquisa qualitativa, buscamos um aprofundamento teórico acerca do Modelo de Gestão Colegiada ou Participativa. Foram adotados como autores principais Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Gastão W. S. Campos. O primeiro discute o planejamento estratégico e a gerência com os múltiplos aspectos que a envolve, bem como intervenções / mudanças organizacionais em várias instituições de saúde. Já Campos trata da Gestão Colegiada ou Participativa, da organização de coletivos, da construção de um método gerencial que valoriza as pessoas trabalhando em conjunto, enfim, estuda os coletivos organizados para a produção de valores de uso. Estes autores deram subsídios para o aprofundamento do tema, uma vez que debatem os conceitos fundamentais deste estudo.

Neste contexto, salientamos que a mudança organizacional é um dos aspectos que deve ser vislumbrado, visto que a cada dia as organizações estão se reestruturando, as informações mudando a cada fração de segundos e constantemente estão surgindo novas tecnologias em diversas áreas, tais como: telecomunicações, engenharia genética, informática, medicina, entre outras, que obrigatoriamente impulsionam o processo de mudança no interior das organizações (SPAGNOL, 2000).

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. No modelo usual de gestão, os médicos têm alto grau de autonomia, não estando submetidos a praticamente nenhum mecanismo de controle, o que lhes

confere grande poder. No corpo de enfermagem, essas linhas de poder são mais marcadas quando se olha a linha vertical de comando que vai da enfermeira à auxiliar de enfermagem, mas são menos nítidas quando se olha a relação entre as enfermeiras e desta com os médicos e com a direção do hospital (CECÍLIO, 1999).

Sabemos que este poder detido pelo médico acaba levando a conflitos, principalmente com a equipe de enfermagem e, particularmente, com o enfermeiro. Cecílio (2002b) exemplifica através do relato de que

> *"há "insatisfações do pessoal de enfermagem em relação a certos privilégios que os médicos têm no hospital (flexibilidade de horário, grande autonomia nas suas práticas, desconsideração com o trabalho da enfermagem, etc.). Diz-se que esses conflitos são encobertos porque não conseguem penetrar na agenda da direção, serem apreciados e resultarem em alguma forma de modificação do* ***status quo****"* (p.4).

Isso ocorre porque as políticas hospitalares desenvolvidas estão, de alguma forma, amarradas aos interesses dos grupos médicos, seja pela sua autonomia profissional, pela especificidade do seu saber ou pelo histórico poder que exerce sobre as equipes. Este poder aparece nas instituições uma vez que estas se constituem em espaços onde as relações ocorrem.

Cabe ressaltar que há mais de uma visão de poder. Destacamos três visões que podem ser vistas enquanto interpretações e aplicações alternativas de um único e mesmo conceito subjacente de poder, segundo o qual A exerce poder sobre B quando A afeta B de modo contrário aos interesses de B (LUKES, 1980).

Nesse caso, há a coerção, a influência, a autoridade, força e manipulação de uns sobre os outros. Essa é a lógica Weberiana de poder onde um indivíduo não perde a oportunidade de impor a sua vontade, mesmo que haja resistência dos outros.

Uma outra dimensão do poder é a descrita por Foucault. Este autor entende que só há poder exercido por uns *sobre* os outros. É o governo dos homens

uns pelos outros. No entanto, o poder só se exerce sobre sujeitos livres, que podem se deslocar e, no limite, escapar (RABINOW; DREYFUS, 1995). Os mesmos autores relatam que

> *"Viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre a ação dos outros. Uma sociedade "sem relações de poder" só pode ser uma abstração"* (p. 245).

Dessa forma, as relações de poder se enraízam no conjunto da rede social e impõem certo controle e disciplina sobre a mesma. Um dos pólos do poder tratado por Foucault está centrado no corpo, não no sentido da reprodução humana, mas como um objeto a ser manipulado. O autor chama a isto "poder disciplinar". O principal objetivo o poder disciplinar era produzir um ser humano que pudesse ser tratado como um "corpo dócil" que também deveria ser um corpo produtivo.

> *"A tecnologia da disciplina desenvolveu-se e foi aperfeiçoada em fábricas, casernas, prisões e hospitais; em cada um destes lugares, o objetivo geral era um "aumento paralelo de utilidade e docilidade" dos indivíduos e das populações. As técnicas para os corpos disciplinados eram aplicadas, sobretudo, às classes trabalhadoras e ao subproletariado, apesar de não o serem exclusivamente, pois se aplicam também a universidades e escolas"* (RABINOW; DREYFUS, 1995, p.149).

Essa relação de poder disciplinar não ocorre, portanto, sobre os indivíduos, mas agem sobre suas ações, sendo que a liberdade é necessária para que possa existir esse poder.

Em contrapartida, a maneira de Hannah Arendt conceber o poder liga-se à dissociação deste da relação "comando-obediência" e do "negócio de dominação". Neste caso, o poder é consensual, brotando onde quer que as pessoas se reúnam e ajam em conjunto (LUKES, 1980).

> *"No caso de Parsons, a ligação do poder a decisões de autoridade e metas coletivas serve para reforçar sua teoria da integração social, como baseada no consenso avaliatório, ao esconder de vista o amplo alcance de problemas que preocupam os chamados teóricos da "coerção", precisamente sob a rubrica do "poder"* (LUKES, 1980, p.25).

Essa visão descrita por Hannah Arendt e Talcott Parsons acerca do poder baseia-se na cooperação entre as pessoas e no consenso, deixando de lado o “poder sobre” e valorizando o “poder de”. Nesta perspectiva, quando os membros de um grupo agem em conjunto, estão exercendo o poder.

Salientamos que essa última definição de poder aproxima-se da noção de democracia pretendida nos hospitais e conquistada pela sociedade brasileira, principalmente depois da década de 80.

Contudo, ainda assim, houve a manutenção do sistema administrativo vigente, com concentração dos poderes em um pequeno grupo administrativo, paralisando a criatividade nos micro-espaços hospitalares, onde acontece a produção dos serviços (FERRAZ, 2002).

Necessitamos superar esta estagnação do estilo gerencial utilizado em muitas instituições de saúde e encontrar um novo modelo de gestão, que não só contribua para re-organizar o trabalho, dar conta das políticas e dos modelos de assistência para o setor saúde, mas que sirvam, também, para re-qualificar o significado do cuidar e da vida no trabalho nesse setor (LIMA, 1998).

Um modelo pautado na condição de igualdade na tomada de decisão, facilitada pela lateralização da comunicação e pelo achatamento do organograma, que colocaria todos os profissionais no mesmo nível. Desta forma, todos teriam direito de voz e as opiniões seriam valorizadas, sem que houvesse sobreposição de umas sobre as outras.

Acreditamos que todas as tendências indicam que as instituições com um modelo gerencial tradicional não ultrapassarão a primeira década deste milênio, pois o modelo mecanicista de gestão vigente até então, é reativo e não consegue

mais responder ao aumento da complexidade da sociedade das organizações (MOGGI; BURKHARD, 1996).

Para transpor esse modelo, há que se pensar também na qualidade do trabalho a ser executado. Garvin (1988) diz que

> *"...a qualidade não é mais uma função isolada, independente, dominada por especialistas... (a qualidade) hoje, saiu da fábrica e entrou na sala da alta gerência... A conseqüente mudança de perspectiva é crucial para se entender o pensamento moderno sobre qualidade"* (p. 45).

Entendemos que a garantia da qualidade no atendimento prestado ao usuário centra-se na co-responsabilização dos envolvidos no processo de trabalho e na valorização do potencial e conhecimento de cada elemento da equipe. Para que isto seja possível há que se pensar na reorganização dos serviços de saúde e dos pressupostos gerenciais visando encontrar estratégias de envolvimento dessas pessoas.

Acrescentam Martins e Costa Neto (1998) que apesar da adoção de um modelo de gestão pela qualidade, não está garantida a medição coerente do desempenho da empresa.

Rutkowisk (1998) concorda com esta idéia e coloca o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, como um método que qualifica a organização pela sua capacidade de atingir mudanças situacionais, que atendendo às necessidades do cidadão, são mutáveis no tempo e no espaço, assim como a realidade.

Matus (1993) relata que toda estratégia é situacional. Isso significa que a leitura situacional é própria de um autor, provavelmente distinta da leitura de outros autores e seguramente contraditória à leitura de seus adversários. Cada jogador explica ou "decodifica" a realidade por meio de uma lente particular, carregado com

interesses, valores e preconceitos acumulados pela história. Completa dizendo que a ação de um ator é incompleta sem a ação anterior ou posterior de outro. Constitui um tipo de associação entre dois ou mais atores, na qual cada participante não joga por si mesmo, cego à ação do outro, mas joga em interação com o cooperante e com o adversário.

Complementa Motta (2002) que com o planejamento estratégico cria-se na gerência a idéia de planejamento e avaliação como dimensões contínuas e sistemáticas de ações e reações a provocações ambientais e não mais como algo ocasional e de periodicidade regular.

> *"a adoção do planejamento estratégico requer normalmente uma mudança bastante significativa na filosofia e na prática gerencial da maioria das empresas públicas ou privadas. Ele não é implantável por meio de simples modificações técnicas nos processos e instrumentos decisórios da organização. É, na realidade, uma conquista organizacional que se inicia no nível das mudanças conceituais da gerência, resultando em novas formas de comportamento administrativo, além de novas técnicas e práticas de planejamento, controle e avaliação"* (MOTTA, 2002, p. 86).

Este tipo de estratégia quando associada a novos modelos gerenciais muda o enfoque funcionalista utilizado ainda em grande parte das instituições de saúde, onde o trabalho é alienado, não revelando, portanto, a essência dos seres humanos. "*A gestão estratégica se implanta não por introdução de simples técnicas, mas por uma mudança significativa na prática gerencial. Trata-se de uma conquista organizacional que resulta em novas formas de comportamento"* (MOTTA, 2002, p. 102).

Corrobora Cecílio (2002c) quando diz que *o sucesso do plano, ou ao menos a possibilidade de que ele seja implementado, depende de como será feita sua gestão* (p. 166).

Campos (2000) concorda que deve haver uma mudança no enfoque do trabalho gerencial e acredita que precisa haver também uma expansão mundial do trabalho criativo.

Percebemos que houve no transcorrer da era industrial para a pós-industrial uma mudança de paradigma que, segundo Covey (1989) nos conduzem de uma visão de mundo a outra. E estas mudanças promovem transformações significativas. Nossos paradigmas, corretos ou incorretos, são as fontes dos comportamentos e atitudes e, portanto, de nosso relacionamento com os outros.

O autor acrescenta que

> *"se trata, por vezes, de um processo doloroso. Uma mudança precisa ter como motivação um objetivo nobre, acrescida da disposição para subordinar o que você pensa que quer no momento ao que realmente quer para o futuro. Este processo, contudo, produz felicidade, o objetivo e função de nossa existência. A felicidade pode ser definida, pelo menos em parte, como o fruto da capacidade e do desejo de sacrificar o que queremos* ***agora*** *em função do que queremos* ***futuramente****"* (p. 50).

Esta motivação que prevalece nas instituições aumenta a criatividade, enquanto a burocratização da grande empresa, ao contrário, a sufoca. As normas e regras servem para impor aos profissionais determinadas atribuições e atitudes com as quais eles nem sempre concordam.

Concordamos com Ferraz (1999) que uma solução para a não realização dessas funções que impossibilitam a aplicação do potencial criativo pela equipe de saúde é o pensamento interdisciplinar. Nas instituições hospitalares muitos médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, pedagogos, já estão no jogo da interdisciplinaridade em busca de uma prática mais criativa e efetiva.

Pergunta Campos (2000) qual seria, então, uma maneira alternativa de se pensar as organizações, capacitando-as a operar de um modo diferente deste

burocrático, fragmentado, rígido, formal, com um organograma que segue o princípio de uma autoridade superior que se deve muito mais a Fayol do que a Taylor. O mesmo autor nos traz a resposta:

> *"O modo para produzir-se esse fluxo democratizador assenta-se na Co-Gestão (espaços de luta/negociação entre os atores distintos) e na Gestão Colegiada, da qual participem todos os membros de um Serviço ou Organização. Um meio de se viabilizar a utopia da democracia direta. Todos os membros de um Coletivo reunidos em Assembléia. Reunidos para, periodicamente, repensar o próprio trabalho, e sugerir rumos para a organização como um todo e, também, para suas relações com a sociedade. Uma espécie de Assembléia dos Trabalhadores, que, reunidos no próprio local de trabalho, exerçam formas compartilhadas de direção"* (p. 152).

Uma primeira etapa do processo de gestão participativa diz respeito ao estabelecimento da maneira de recortar a Organização em Unidades, quantas unidades criar e quais os limites e relações entre elas, ou seja, seriam os próprios trabalhadores de cada serviço, que a partir destas orientações gerais, comporiam o novo Organograma que deve estar sujeito a reformulações. Cada Unidade de Produção teria um Coordenador e todos os participantes destes coletivos multiprofissionais comporiam um Colegiado para cada uma destas Unidades de Produção. O Colegiado ficaria encarregado de elaborar diretrizes, metas e programas de trabalho, avaliando-os periodicamente. Ao Coordenador caberia o papel de direção executiva, implementando decisões do Colegiado da Unidade e tomando decisões imprevistas, conforme a dinâmica dos acontecimentos, mas sempre se apoiando em diretrizes anteriormente definidas pelo coletivo (CAMPOS, 1998).

Uma outra função do Coordenador seria funcionar como elo de comunicação com a Direção Geral, com as demais unidades da instituição e com os usuários.

Cecílio (2002a) traz como vantagens desta forma colegiada o aumento da visibilidade do hospital como um todo, facilitando a visão de interdependência entre as várias unidades de produção. Acaba sendo um verdadeiro processo de educação continuada dos dirigentes que se transformam, progressivamente, de "chefes de unidades" em verdadeiros dirigentes hospitalares. É um facilitador da construção de consensos em torno da proposta de qualificação e defesa do hospital.

Motta (2002) acrescenta que

> *"a dimensão participativa na gerência alcançou uma importância maior principalmente em função das demandas tanto de funcionários quanto de público externo. No que tange à participação do trabalho na gerência, ela aparece não mais restrita as propostas de democracia em nível de tarefa. Surgem de forma acelerada as propostas de participação de natureza coletiva, por representação de grupos, unidades ou da própria dimensão "trabalho" na gestão organizacional. Em decorrência dessas propostas enfatiza-se, também, a participação individual e coletiva nos resultados do trabalho e nos lucros da empresa... Aceitando-se a premissa de que a criatividade é um bem existente em todas as pessoas, passaram-se a utilizar formas gerenciais que despertassem essa criatividade através da transferência, a todos os funcionários, do poder de inovar. A ausência de poder gera inibição e imposição à conformidade. A liberação do poder, acompanhada de incentivos para direcionar o seu uso, desperta o indivíduo para novas idéias e novas formas de ação"* (p. 146).

Ferraz (2000) relata que se no último século, o gerente de sucesso se fez dominando e controlando os trabalhadores, neste século se esforçará para se autodominar e controlar. As análises sócioantropológicas mais recentes denunciam que os futuros gerentes galgarão sucesso ao desenvolverem o seu autoconhecimento, mecanismos que lhes possibilitarão empreender ações reflexivas e compartilhadas assegurando uma perspectiva mais integradora do processo organizacional.

Deste modo, para Cecílio (1997), neste novo modelo de gestão,

> *"o gerente não tem mais o papel de "chefe" tradicional, mas a função de coordenar práticas e saberes que contribuam para a qualidade final dos produtos oferecidos pela unidade. Nessa medida, um gerente-enfermeiro não vai "mandar" nos médicos, mas sim criar condições para que o trabalho do médico se dê de forma mais articulada e harmoniosa com*

> *os demais membros da equipe. Da mesma forma que os gerentes-médicos não irão "mandar" nas enfermeiras e sequer interferir nas peculiaridades do seu trabalho. Este ponto precisa ficar bem claro: cada categoria mantém suas especificidades e sua autonomia, na medida em que o gerente é apenas um "coordenador" das ações, visando a maximizar sua eficácia na direção da qualificação da assistência"* (p. 43).

Paladini (1998) enfatiza em seu trabalho que vários aspectos da Administração Científica devem ser substituídos por um novo modelo gerencial. As bases da gestão participativa trabalham buscando priorizar as ações coletivas que se esforçam no alcance da qualidade, ao invés de encararem os recursos humanos como elementos individuais. Admite-se que o principal elemento de avaliação do recurso humano na organização é sua contribuição para o processo como um todo, mais do que sua ação isolada e individual.

Complementa Ferraz (2002) que

> *"Tomar o cotidiano no seu **saber-fazer**, **saber-dizer**, **saber-relacionar-se**, **saber-viver-coletivamente** coloca em relevo a necessidade da passagem do paradigma da gerência científica para um outro modo de administração que tenha no cotidiano, na participação o seu sólido alicerce. Pensamos que uma gestão hospitalar participativa delinear-se-á na concretude dos espaços físicos e sociais da instituição, abrindo espaço para uma dimensão gerencial mais imediata, menos intelectualizada, menos racionalizada, que nem sempre se finalizará, mas, que exigirá investimentos por inteiro no processo de trabalho e na produção do dia-a-dia"* (p. 30).

Estes investimentos devem pautar-se em um árduo trabalho com os recursos humanos visando o alcance das metas e objetivos propostos, a educação em saúde, o estímulo à ampliação da capacidade de reflexão, de co-responsabilização, para que seja possível a produção da saúde com maior qualidade.

No que se refere à gestão da enfermagem, Svaldi e Filho (2000) relatam que a equipe necessita participar das tomadas de decisão, pois, nas organizações de saúde, grande parte do trabalho desenvolvido é de sua competência. Além disso, precisa deixar de usar o empirismo no modo de gerenciar.

Daí ser necessário incorporar novas formas de organização do trabalho que contemplem espaço para o estabelecimento de relações pessoais e de trabalho saudáveis, condições materiais adequadas, pessoal, educação, treinamento, o que poderá favorecer o exercício da autonomia profissional.

Diante deste contexto, Alves; Carvalho e Amaral (1999) relatam que algumas organizações, já estão substituindo a rigidez dos tradicionais modelos de gestão por práticas gerenciais inovadoras, apresentando uma administração mais flexível, com estruturas cada vez mais enxutas e ágeis.

Para Médici e Silva (1993) administração flexível é

> *"um processo de gestão que leva a empresa a adquirir sensibilidade e capacidade de resposta, no curto prazo, para as alterações no ambiente externo, tais como as demandas dos clientes, as inovações tecnológicas cada vez mais constantes e imprevisíveis e as novas formas de concorrência"* (p. 29).

Beccaria e Fávero (2000) identificaram em seu estudo que o que os trabalhadores querem e precisam para garantir maior qualidade no trabalho é essa administração mais flexível, ou seja, almejam

> *"um diretor que tenha um estilo gerencial altamente orientado tanto para os resultados quanto para as necessidades do grupo. Um diretor que promova a integração entre o serviço de enfermagem e os demais profissionais; que incentive a participação e o compromisso de todos na busca de melhor qualidade do serviço; que propicie um clima de abertura, franqueza e confiança, buscando solucionar os conflitos através da exposição aberta dos fatos; que solucione as causas dos problemas juntamente com as pessoas envolvidas; que procure estar sempre atualizado na sua área, incentivando também os liderados para atualização"* (p. 86).

Nesta perspectiva, as novas propostas gerenciais para o setor saúde focalizam a criação de unidades autônomas, a descentralização do processo decisório e a intensificação da comunicação lateral. Além disso, valorizam o fortalecimento do trabalho em equipe garantindo objetivos comuns, estabelecendo

assim maior vínculo com a clientela e, melhoria na qualidade dos serviços prestados (SPAGNOL, 2000).

Nesses modelos gerenciais mais contemporâneos o enfermeiro deve desempenhar uma gerência inovadora, buscando meios que possibilitem a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, maior satisfação para a equipe, bem como o alcance dos objetivos organizacionais (GALVÃO et al., 2000).

Para que isto seja possível, Merhy (2000) propôs a criação de mecanismos, no interior dos serviços de saúde, que procuram tanto impactar o modo cotidiano de se acolher os usuários, quanto o de se produzir responsabilizações entre as equipes e os profissionais, e destes com os usuários, em um movimento combinado de singularização da atenção e publicização da gestão organizacional e do processo de trabalho.

Complementa dizendo que

> *"o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir a partir desse núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório"* (p. 210).

Corroboramos da idéia do autor a acreditamos que, conforme já fora salientado, deve-se somar a isso as questões éticas e estéticas, tão valorizadas atualmente.

Ferraz (2002), explica em seu trabalho de Livre Docência que

> *"a apresentação estética dos espaços das unidades funcionais revelada na aparência do lugar, suscita imagens que podem variar na medida em que o ambiente se mostre cuidado ou descuidado, limpo ou sujo, arrumado ou desarrumado, o que acaba por integrar uma análise de confiança e segurança ou desconfiança e insegurança acerca do atendimento. Assim podemos dizer que a aparência porta uma imagem sobre a qual o usuário pode qualificar ou desqualificar não somente o ambiente, mas a produção desenvolvida naquele espaço físico"* (p. 76).

Embora saibamos que se faz necessária a imediata transposição do modelo gerencial, concordamos com Cecílio (1997) que a superação das dificuldades encontradas nem sempre tem sido fácil, dependendo das características do hospital em que é trabalhada.

O autor nos coloca que

> *"a primeira dificuldade, talvez a mais evidente, é a resistência - passiva ou ativa - das corporações mais importantes (os médicos e as enfermeiras) às modificações propostas... Quanto mais estruturados os corpos funcionais em organogramas formais, maior a dificuldade de mudanças. A resistência dos médicos pode ser designada como "passiva", isto é, eles simplesmente ignoram as novas propostas de funcionamento feitas e seguem como sempre estiveram: uma prática autônoma, sem subordinação real a nenhuma linha hierárquica, descomprometida com a equipe e com as diretrizes da organização... A enfermagem apresenta reações sempre muito vivas à quebra do esquema anterior de funcionamento... Estabelece-se um mal-estar no interior da categoria, captável como um certo medo de ser "ainda mais desprestigiada" diante dos médicos, de perder suas referências técnicas... De qualquer forma, a enfermagem, por sua inserção e presença mais orgânica na vida e na gerência do hospital, pelo menos apresenta-se como interlocutora, mesmo que opositora ao processo. O que é, afinal, melhor que a atitude de simplesmente "ignorar" o processo, como tem sido a conduta de boa parte dos médicos".* (p. 41)

O fato do enfermeiro conseguir alcançar maior "diálogo" com os demais elementos da equipe multiprofissional, mostrando-se mais adepto ao modelo instituído, pode estar relacionado à interpretação de que a horizontalização do organograma, com conseqüente aumento da comunicação inter-unidades, valorização das decisões tomadas por este profissional e, especialmente, distribuição do poder levam à uma aproximação maior com todos os demais profissionais, inclusive o médico.

Ferraz (2002) identificou em seu estudo que nem todos têm disponibilidade para se inserir no processo grupal, e em primeiro momento, conviveu com uma potência difusa dos profissionais, em que prevalecia o desânimo e o descrédito para uma nova marcha institucional. Os sentimentos de indiferença, a desmobilização e desmotivação para o combate dos desajustes e

inconformidades do processo de trabalho marcavam a instituição gerando um clima de baixa funcionalidade.

> *"Lidamos com a memória histórica de um agir tecnoburocrático que tem a norma pela norma, relegando o exercício de retornar ao contexto cotidiano para reinterpretar os fatos e a própria norma, a fim de perceber novos sentidos e respostas a partir do que se apresenta em ato. A transição tem se caracterizado por incompreensões, uma vez que o novo está imerso no antigo sistema ainda vigente e, os profissionais têm dificuldades para entender que não funcionarão mais da maneira como até então funcionavam; agora o eixo é encontrar a racionalidade implicada nas situações cotidianas"* (FERRAZ, 2002, p. 57).

Desta forma, ressaltamos que também o enfermeiro, embora na maioria das vezes tenha maior aceitação desta alteração gerencial, necessita de aprimoramento e qualificação para que entenda os pressupostos que envolvem o Modelo de Gestão Colegiada, uma vez que sua formação ainda é embasada na Abordagem Clássica da Administração.

Em 1998, Cecílio relata ser difícil trabalhar com a idéia da composição de duas ou mais categorias profissionais ocupando cargos de coordenação nas unidades assistenciais, superando coordenações verticais por categorias. A idéia de um médico, enfermeiro ou qualquer outro profissional coordenando toda a equipe é muito estranha à cultura organizacional dos hospitais. Os médicos não conhecem o trabalho da enfermagem, não se interessam por ele e não têm tempo para permanecer na unidade, o que é um impeditivo para que assumam a coordenação. A enfermagem, por sua vez, não consegue penetrar no espaço fechado da prática médica e, sequer integrar o médico à equipe. Os médicos não reconhecem a "autoridade" da enfermagem como coordenadora.

Frente a este contexto, percebemos que o poder formalmente adquirido pelos médicos é bastante presente e o compartilhamento deste poder com os demais membros da equipe é algo suficientemente difícil.

Neste momento, há que se considerar que os principais pressupostos da Gestão Colegiada estão inter-relacionados, uma vez que, na medida em que se estabelece um sistema de comunicação mais horizontalizada, enfatiza-se o aumento da autonomia para a resolução dos problemas referentes às questões do cotidiano das unidades de trabalho, ou seja, aumentam-se as decisões tomadas ao nível da unidade, sem que haja necessidade de recorrer a níveis superiores. Desta forma, sobretudo, amplia-se o poder, já que o mesmo é diluído no interior da organização.

Entretanto, sabemos que este poder partilhado, consensual é algo ainda pouco vislumbrado nas instituições, uma vez que historicamente, o poder aparece quando há duas ou mais pessoas em um ambiente, no momento em que um é influenciado pelo outro. Desta forma, se estabelece a relação de poder com ênfase na soberania, no domínio das condutas e ações.

Foucault (1995-a) relata que *"na medida em que as relações de poder são uma relação desigual e relativamente estabilizada de forças, é evidente que isto implica em um em cima e um em baixo, uma diferença de potencial"* (p.250).

Desta maneira, o poder ainda se revela na sociedade sob a forma de coação, de influência, de indução, de controle e dominação das atitudes e ações. Estes mecanismos de controle refletem o poder nas organizações.

Cabe evidenciar como se estabelecem tais mecanismos, que circuitos assumem, em que arranjos e formas de relação se revelam nas vidas das instituições. Falar em autonomia é falar do exercício do poder, mas em outros circuitos, outros arranjos, ou seja, distribuição, desconcentração, capilarização do poder. (CECÍLIO, 1999).

Embora todo processo de mudança seja difícil, há que se pensar o poder nesse novo modelo de gestão na perspectiva do consenso, do conjunto de pessoas desempenhando ações, enfim, enfatizando o trabalho grupal.

Nesta perspectiva, faz-se necessário repensar o poder, entendendo-o numa lógica contrária à da dominação, da obediência, da centralização das decisões. Um modelo gerencial mais democrático deve contemplar o desmonte não só das linhas formais de mando-subordinação, mas da astúcia revelada nas relações de poder, que são estabelecidas formalmente nas organizações.

Como o modelo prevê a diluição do poder, entendemos que todas as unidades têm autoridade e autonomia, de forma que nenhuma decide sozinha.

> *"... o conceito de co-gestão partiria do princípio de que não haveria poder nem dominação absolutos, mas sempre relativos e em relação com outros graus de poder e de dominação. O mesmo raciocínio vale para as possibilidades de liberdade ou de autonomia. Liberdade e autonomia também não existem em absoluto..."* (CAMPOS, 1998, p. 868).

A democratização do poder visa estender o direito e a capacidade de decidir a todos os membros de um dado Coletivo, ou Organização, ou Movimento. Direito e capacidade para decidir, assegurando que também os que trabalham disporão de tempo e de informação para discutir, decidir e planejar (CAMPOS, 2000).

Assim, a possibilidade de participar, de fato, das decisões, depende de alterações nas inter-relações e nos arranjos estabelecidos entre as diferentes unidades e entre as pessoas que integram a organização, ou seja, depende especialmente da descentralização do poder.

Campos (2000) complementa que a conformação dos sistemas de gestão participativa depende da combinação das distintas modalidades de espaço coletivo que incluem os Conselhos de co-gestão, os colegiados de gestão, diálogo

e tomada de decisão no cotidiano. Assim, a Gestão Colegiada é um espaço para se tratar dos paradoxos e das ambigüidades inerentes aos Coletivos Organizados para a produção.

No entanto, sabemos que “Colegiado” significa órgão dirigente cujos membros têm poderes idênticos. (DICIONÁRIO AURÉLIO, 1996). Para que se tenha o mesmo poder, deve-se delegá-lo a todas as instâncias colegiadas e há que se considerar as profundas diferenças de capacidade de decisão provenientes das distintas qualificações dos trabalhadores, ou seja, indivíduos que possuem nível médio ou universitário, alguns com profundas dificuldades de comunicação, etc.; tudo isso, na prática, criando diferentes potencialidades de exercício de poder nos colegiados, com certeza (CAMPOS, 2000).

Contudo, devemos ter como princípio norteador que, uma vez instalado o Colegiado, todos os membros têm poderes iguais para discussão, para decisão, enfim, têm direito à participação com autonomia para resolver as questões do cotidiano de trabalho.

Os integrantes da instituição devem pensar os colegiados como Sujeitos Coletivos em processo de desenvolvimento e, portanto, expostos a períodos de progresso e regressão (CAMPOS, 2000).

Acreditamos que os Órgãos Colegiados instituídos neste modelo gerencial necessita assegurar não apenas a descentralização do poder e a qualidade das discussões e das decisões, mas também a produção de grupos de trabalhadores aptos a participar desse sistema de co-gestão.

Notamos, portanto, que a transição gerencial é portadora de riscos. Ferraz (2002) nos coloca que cabe manter-se em alerta com capacidade de escuta,

a fim de recolocar os conflitos sempre no debate público em âmbito das unidades funcionais, para submetê-los a mediação.

> *"Alguns excessos súbitos de brutalidades, más vontades ou indiferenças foram vivenciados em distintos espaços com diferentes profissionais, que mesmo de maneira efêmera e pontual mostram a necessidade de desenvolvimento de maturidade individual e grupal. Em determinados momentos esses fatos lembram a revolta do instituinte contra o poder instituído e, mediante a vontade de libertar-se de toda autoridade uma minoria tem perdido o senso do limite, do respeito, da responsabilidade com o próprio trabalho"* (p. 63).

Além dessas dificuldades Cecílio (1997) trata de uma outra que diz respeito à profissionalização das gerências. Um gerente precisa ter disponibilidade de tempo, ser um profissional de saúde, do quadro da casa para poder ser um verdadeiro articulador da equipe. Além disso, receber uma gratificação adequada, compensadora e estar qualificado para o exercício das funções gerenciais.

> *"Cria-se, enfim, uma "função gerencial" especializada, que passa a ser central na vida do profissional. Mais do que isso: exige preparo, "vocação" e disponibilidade de tempo. Para os médicos gerentes aparece sempre o dilema "assistência versus gerência", ou seja, como compatibilizar o pouco tempo que permanece no hospital para atender pacientes e também gerenciar. A gerência, no novo modelo, é uma coisa muito diferente das antigas funções de "chefia". Exige uma nova postura e um novo perfil profissional*" (CECÍLIO, 1997, p.41).

Salientamos que não é habitual que o médico na função gerencial "sente-se com a equipe" e coloque-se em uma posição horizontalizada com os demais profissionais, o que caracteriza outra dificuldade. Já as enfermeiras, como já foi dito, têm dificuldade em se "alçarem" a uma posição que as coloque "acima" do corpo médico, contrariando também uma arraigada e histórica posição de subordinação (CECÍLIO, 1997).

Este aspecto histórico evidencia o poder médico hegemônico e a conseqüente submissão do enfermeiro, que não condizem com os pressupostos deste modelo participativo de gestão. Campos (2000) relata que a reorganização

sugerida prevê a composição multiprofissional e engloba todos os envolvidos com a produção de um certo resultado ou de um certo produto claramente identificável, segundo o princípio da horizontalização.

Segundo este autor, neste modelo as unidades de produção devem ser construídas segundo a lógica da produção simultânea de valores de uso e de Coletivos, e não a das especialidades e corporações. Assim, em um hospital, em vez de departamento médico ou de enfermagem, haveria unidade de produção de saúde da criança, do adulto, dentre outras.

Com base neste contexto, evidenciamos que estamos passando por um momento de mudanças no enfoque gerencial e, como relata Ferraz (2002),

> *"o processo de mudança acontece em meio a atitudes de aceitação e resistência cabendo ao instituinte a tarefa de ir corroendo as dificuldades, ir enfrentando a resistência com naturalidade, com alianças, inovações e muita tranqüilidade para nadar contra a correnteza"* (p.61).

Entendemos que uma estratégia para a aceitação do modelo gerencial pelos diferentes grupos de profissionais consiste em destacar algumas vantagens potenciais resultantes da aplicação deste modelo gerencial contemporâneo. Acreditamos que este traz grande melhoria no grau de envolvimento e de compromisso das equipes, particularmente quando participam da elaboração das propostas. Soma-se a isso o fato de que a responsabilização e o poder compartilhados podem potencializar o aumento da satisfação no trabalho e a realização profissional, o que por sua vez leva à maior motivação e dedicação ao usuário.

Há também que se considerar que os momentos de discussão de casos, elaboração conjunta de projetos pode criar um sistema de Educação Continuada informal, graças à multiplicação dos espaços onde trocam informações,

intercambiam saberes e discutem problemas. Ocorre a potencialização do amadurecimento da maioria do pessoal para lidar tanto com aspectos técnicos, quanto políticos, humanos ou éticos, ou seja, crescimento da capacidade de ouvir e expor críticas, para aceitar derrotas e estabelecer negociações e consensos (CAMPOS, 1998).

Enfim, pode-se atingir melhoria sensível na relação dos integrantes da equipe multiprofissional com os usuários, garantida pela maior responsabilização e assistência mais qualificada.

No capítulo seguinte passaremos a descrever a metodologia utilizada para o desenvolvimento do presente estudo.

3. Metodologia

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

O desenvolvimento desta pesquisa se dará dentro da abordagem do Estudo de Caso. Segundo Fachin (2002)

> *"esse método é caracterizado por ser um estudo intensivo do assunto investigado. Todos os aspectos do caso são investigados. Quando o estudo é intensivo podem até aparecer relações que de outra forma não seriam descobertas*" (p.42).

Acrescenta Polit e Hungler (1995) que *"... sem dúvida alguma, a maior vantagem dos estudos de caso é a profundidade possível, quando está sendo investigado uma quantidade limitada de pessoas, instituições ou grupos"* (p. 125).

Assim, o estudo de caso fornece conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada sendo que os resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas (TRIVIÑOS, 1987).

O mesmo autor complementa que entre os tipos de pesquisa qualitativa, talvez o estudo de caso seja um dos mais relevantes e o define como *uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente* (p. 133).

Cita ainda que nos estudos de casos histórico-organizacionais, o interesse do pesquisador recai sobre a vida de uma instituição. O pesquisador deve participar do conhecimento que existe sobre a organização que deseja examinar.

Assim, julgamos adequado o uso do estudo de caso como abordagem metodológica para realizar nossa investigação, visto que pretendemos analisar com maior profundidade o atual modelo gerencial implantado na instituição, localizada no município do Rio de Janeiro que, ao nosso ver, guardam dimensões complexas que devem ser enfatizadas.

3.2 Abordagem Metodológica

Utilizaremos a abordagem qualitativa por entendermos que ela possibilita a apreensão do fenômeno em estudo em maior profundidade.

Segundo Pereira (2001),

> *"o dado qualitativo é a representação simbólica atribuída a manifestações de um evento qualitativo. É uma estratégia de classificação de um fenômeno aparentemente imponderável que... instrumentaliza o reconhecimento do evento, a análise do seu comportamento e suas relações com outros eventos... É uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere um caráter objetivo à observação*"(p. 21).

Concordamos com Polit e Hungler (1995) que a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador).

Esta modalidade de pesquisa foi escolhida por proporcionar compreensão ampla do grupo estudado, ao mesmo tempo em que permite estabelecer algumas proposições mais gerais sobre as regularidades da dinâmica social. (BECKER, 1994).

Acrescenta Minayo (1994) que a pesquisa qualitativa busca uma compreensão única do fenômeno em estudo. Trabalha com o universo de significados a partir de descrições minuciosas onde se captam as percepções, emoções e interpretações do sujeito inserido em seu contexto. É possível a utilização de uma variedade de recursos e técnicas, entretanto, torna-se fundamental a criatividade, a intuição e habilidade do pesquisador.

Acreditamos então, que a abordagem qualitativa deve ser empregada por melhor se adequar ao objeto de estudo desta investigação e por tentar captar

não só a aparência, mas a essência do fenômeno, assim como as causas de sua existência.

3.3 Local da Investigação

Esta investigação foi realizada em uma instituição hospitalar de grande porte, fundada em 1956. Em 1971, adotou um regime de comodato com a Prefeitura Municipal de Volta Redonda – RJ passando a ser administrada pelo Serviço Autônomo Hospitalar (SAH) que é uma autarquia pública.

A escolha por este local se deu por trazer a experiência talvez mais clara e completa da modernização do processo gerencial – a implantação do modelo de Gestão Participativa que teve início em 1993.

A instituição apresenta uma experiência de mudança muito significativa já implantada há mais de dez anos, fato que nos motivou pela escolha do local. Assim sendo, este cenário institucional nos permitiu compreender porque mudou, como foi possível mudar, além de propiciar a reflexão sobre o modelo de gestão adotado, com suas várias dificuldades.

3.4 Sujeitos participantes do Estudo

Os sujeitos do estudo foram os gestores de cada unidade, os coordenadores, os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e a diretora geral do hospital. Foram assim, entrevistados 43 profissionais, sendo 17 enfermeiros, 18 técnicos e auxiliares de enfermagem e 8 médicos.

A instituição, por ocasião da realização do estudo, contava com uma equipe de enfermagem de 36 enfermeiros, 52 Técnicos de Enfermagem, 176 Auxiliares de Enfermagem e 10 Atendentes de Enfermagem. Dos enfermeiros, 03 eram Gerentes de Linha e 02 eram Coordenadores, sendo um do Ambulatório e outro dos Serviços Gerais e Processamento de Roupas. Havia 3 médicos responsáveis pela Gerência de Linha e 8 médicos ocupando cargo de Coordenadores de Unidades.

Foram entrevistados todos os enfermeiros, coordenadores e gerentes que estiveram presentes e disponíveis no hospital no período da Coleta de Dados. Os critérios de inclusão dos técnicos e auxiliares de enfermagem foram a presença no hospital no período da Coleta de Dados, bem como a data de admissão superior há 10 anos. Optamos por utilizar este último critério por termos um número elevado de funcionários e por julgarmos importante que estes tenham participado do processo de transição do modelo gerencial.

3.5 Procedimento de Coleta de Dados

A Coleta de Dados ocorreu no período de 07 a 12 de Julho de 2003, sendo que a pesquisa foi realizada em duas fases. Na primeira fase foi realizada análise dos documentos relativos à estrutura organizacional do hospital, que foi complementada com entrevista aberta com sujeitos que ocupavam posições administrativas na instituição. Os documentos analisados foram: Manual “O SUS é Possível!”, “Manual e Regimento da Política de Avaliação de Desempenho Institucional”, Cadernos de Saúde do Hospital, folders explicativos, Relatório dos Recursos Humanos, textos elaborados pelos componentes da Direção do Hospital

acerca da implantação do Modelo de Gestão Colegiada e Organogramas. Na segunda fase foi realizada entrevista semi-estruturada (Anexo I) com os gestores de cada unidade, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Para Triviños (1987), para alguns tipos de pesquisa qualitativa, a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a Coleta de Dados. Devemos privilegiar a esse tipo de entrevista porque esta, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.

Completam Polit e Hungler (1995) que métodos semi-estruturados oferecem vantagens distintas ao investigador em várias situações. Geralmente são da maior utilidade aos pesquisadores, quando está sendo explorada uma nova área de pesquisa. Nessas situações, esse método permite aos pesquisadores exploração dos problemas ou questões básicas, a verificação do quão sensível ou controverso é o tópico, do modo como as pessoas conceitualizam os problemas ou falam sobre eles e da gama de opiniões ou comportamentos existentes, relevantes ao tópico em questão.

As entrevistas foram gravadas após autorização dos entrevistados, sendo-lhes garantido o anonimato. A transcrição das falas foi feita na íntegra, sendo os dados utilizados para este estudo.

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora. Já a transcrição das falas dos entrevistados foi realizada pela pesquisadora e duas colaboradoras, alunas do quarto ano de Graduação em Enfermagem.

3.6 Análise e Interpretação dos Dados

Dentre as várias técnicas propostas para a análise dos dados, optamos pela utilização da análise temática de conteúdo descrita por Bardin.

As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se cronologicamente em: 1- pré-análise, 2- exploração do material e 3- tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 1977).

1. Pré-Análise - é a fase de organização que abrange um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

Para Melo (1986),

> *"nesta fase, o pesquisador faz uma leitura flutuante estabelecendo contato com o documento a analisar ... É aqui também que o pesquisador escolhe os documentos de análise, ou demarca o seu universo*"(p.54).

Estando o universo demarcado, é muitas vezes necessário proceder-se à constituição de um corpus que é um conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 1977). Nessa fase podem-se formular hipóteses e objetivos.

Conforme relata Minayo (1993),

> *"nessa fase pré-analítica determinam-se a unidade do registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise"* (p. 210).

A preparação do material consiste em reuni-lo e prepará-lo para análise.

2. Exploração do material - Consiste essencialmente na operação de codificação, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Refere-se à análise propriamente dita. Recomenda-se o recorte do texto em unidades de registro, podendo ser uma palavra, frase ou um tema, e ainda, a escolha de regras de contagem, classificação e agregação dos dados, constituindo-se a categorização.

3. Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação - *Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos ("falantes") e válidos* (BARDIN, 1977, p. 101).

O pesquisador, tendo em mãos resultados significativos, pode propor inferências ou adiantar interpretações dos objetivos previstos ou outras descobertas inesperadas.

Na apresentação dos resultados, os sujeitos da pesquisa foram identificados com uma sigla e o respectivo número da entrevista. Seguem as siglas utilizadas: Diretora Geral – DG; Gerente de Linha Médico – GLM; Gerente de Linha Enfermeiro – GLE; Coordenador Médico – CM; Coordenador Enfermeiro – CE; Enfermeiro – E; Técnico de Enfermagem – TE e Auxiliar de enfermagem – AE.

Cabe salientar que, num primeiro momento, fizemos uma sistematização dos dados baseada no Instrumento de Coleta de Dados (Anexo I).

Foram então criadas algumas unidades nas quais foram destacadas: a mudança; a comunicação; a tomada de decisão; o poder; o reflexo das mudanças; o enfrentamento das dificuldades; rapidez e adequação na resolução dos problemas e participação da equipe.

Ao término desta etapa, sentimos a necessidade de construir um novo item denominado "A enfermagem e sua fala ruidosa", já que foram identificadas várias falhas ou "ruídos" advindos das falas dos entrevistados.

De acordo com Merhy (1997 apud Jorge, 2002) os ruídos são considerados como elementos destoantes, os “estranhamentos” ou as contradições do processo de trabalho que poderão ser identificados no decorrer da análise das falas.

Por intermédio dos “ruídos” procuramos analisar as informações coletadas com ênfase na equipe de enfermagem, identificando as principais diferenças entre o discurso oficial dos diferentes atores em relação à Gestão Colegiada, e como ele é percebido / vivido na realidade pelos Gerentes de Linha e Coordenadores Enfermeiros, pelos Enfermeiros e pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

Como primeira conduta, solicitamos autorização à diretoria da instituição para realizarmos a pesquisa, encaminhando o projeto ao Comitê de Ética da instituição, a fim de cumprirmos as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos. Foi-nos enviada uma autorização para realização da pesquisa no respectivo hospital e, posteriormente, a Autorização pelo Comitê de Ética (Anexos II e III).

Para participação na pesquisa, os sujeitos foram consultados quanto ao interesse e assinaram o Termo de Consentimento Informado (Anexo IV), conforme determinado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe

---

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.125-142.

ressaltar que ficou garantido o caráter confidencial e voluntário da participação, bem como o compromisso de divulgação dos resultados do trabalho.

4. Resultados e Discussão

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme relatado anteriormente, a pesquisa foi realizada em duas fases. Na primeira fase, através da análise documental, foi possível compreender a proposta gerencial adotada na instituição estudada. Já a segunda fase compreende a análise das falas dos entrevistados e permite identificar a percepção da equipe multiprofissional acerca dos aspectos que compõem a Gestão Colegiada.

4.1 O CENÁRIO INSTITUCIONAL DA PESQUISA

A instituição onde se realizou o estudo trata-se de uma unidade hospitalar que tem como missão a garantia e viabilização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi fundada em 1956 como entidade filantrópica Fundação União Hospitalar Gratuita (FUHG). Em 1971, adotou um regime de comodato com a Prefeitura Municipal de Volta Redonda – RJ passando a ser administrada pelo Serviço Autônomo Hospitalar (SAH) que é uma autarquia pública.

Segundo Cecílio (1998), “o SAH é uma unidade orçamentária autônoma, cuja receita é constituída, basicamente, com recursos provenientes do orçamento municipal e o faturamento do SUS” (p.3).

Complementa que a folha de pessoal é bancada pela Prefeitura Municipal, com exceção de pequena parcela que é de responsabilidade do hospital e que não ultrapassa 5%.

O faturamento proveniente do SUS é destinado aos demais custeios do hospital, inclusive ao pagamento de gratificação por desempenho para os trabalhadores, implantado em 1993.

Esta Política de Avaliação de Desempenho Institucional representa o compromisso da Direção com a qualidade da assistência, além de ter o intuito de motivar os profissionais e trabalhadores da saúde a contribuírem com a melhoria da qualidade e do cuidado prestado aos usuários. A Planilha de Avaliação de Desempenho adotada é um instrumento para avaliação e análise dos resultados obtidos pela instituição, aplicada trimestralmente. É constituída por um conjunto de indicadores que pretendem avaliar vários aspectos da vida institucional como a coerência entre as práticas no cotidiano e a missão institucional; a responsabilidade, interesse e o compromisso do funcionário junto ao público; a satisfação do usuário com o tratamento recebido; o gasto de materiais de forma controlada; o produto do desempenho de algumas categorias profissionais; a participação dos funcionários nas decisões, dentre outros (CECÍLIO et al., 2002).

Desde 1993, o hospital vem investindo também na construção de um Modelo de Gestão Colegiada e Descentralizada, onde a qualidade do atendimento passa a ser pensada como uma construção coletiva que inclui funcionários e usuários.

Este modelo gerencial visa o “desmonte” do organograma verticalizado, com a quebra das linhas de mando hierárquicas, a ênfase no trabalho das equipes, a profissionalização dos gerentes, a ênfase na “comunicação lateral” e na satisfação dos clientes internos e externos, sempre buscando a melhor utilização possível dos recursos alocados no hospital. Esta proposta valoriza o potencial dos trabalhadores, permitindo a eles ampla participação no processo decisório.

De acordo com Cecílio (1998), o hospital mudou muito a partir de 1993: duplicou sua área física, ampliou o número de atendimento e os serviços oferecidos para a população e passou por um processo de profissionalização e modernização

gerencial com profundos impactos na cultura e vida organizacional. Para ilustrar estas modificações, segue o quadro I:

QUADRO I – Demonstrativo de número de leitos, área física, número de cirurgias, partos, internações, AIH e quadro de pessoal em Janeiro de 1993 e Janeiro de 2003. Rio de Janeiro, 2003

	Janeiro / 1993	**Janeiro / 2003**
LEITOS	84	156
ÁREA FÍSICA	3000 m²	6000 m²
NÚMERO DE CIRURGIAS	30 cirurgias	240 cirurgias
NÚMERO DE PARTOS	20 (partos cesárias e partos normais) 98% partos cesárias	220 (partos cesárias e partos normais) 34% partos cesárias
NÚMERO DE INTERNAÇÕES	120	780
NÚMERO DE AIH's	80 faturadas no mês	780 faturadas no mês
NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS	403	814

Fonte: CECÍLIO, et al. **O SUS é possível!** Manual. Volta Redonda, 2003. 76p.

Para que fosse possível essa mudança no modelo gerencial, foi indicada pelo Prefeito Municipal uma Diretora, médica pediatra, que se especializou nesta área e assumiu o hospital com a proposta de que fosse vinculado ao SUS. Esta Diretora tem a possibilidade de escolha dos demais membros que compõem as Gerências.

Cabe contextualizar que a busca de um modelo de gestão democrático era uma meta da Secretaria da Saúde de município de Volta Redonda, já que estava havendo um forte movimento de Saúde Pública naquela época decorrente da

demanda excessiva e da falência do sistema de atenção primária. Havia no município muitos estabelecimentos de saúde, porém poucas fontes de impacto que realmente dessem conta da demanda de atendimento.O hospital também vinha passando por várias dificuldades financeiras, tendo, inclusive, um baixo contingente de pessoal e déficit de recursos materiais. Havia total ausência de uma política de qualidade em saúde e um descompromisso dos governantes com o SUS. Houve então, a necessidade de construir uma instituição pública da qualidade. Também, era emergente que a atenção à saúde fosse mais humanitária e mais voltada à satisfação e motivação dos funcionários.

Assim, a Direção teve que contratar uma consultoria da UNICAMP, onde a figura do Professor Doutor Luis Carlos de Oliveira Cecílio foi importante para a remodelação do estilo de gerência, que já não dava conta de suprir as necessidades do hospital.

Foi então proposto, em 1993 um organograma visando o achatamento das linhas de mando verticais e seus múltiplos níveis hierárquicos (Anexo V). Criou-se um Colegiado de Gerência e uma Secretaria Executiva que agrupava representantes das várias categorias profissionais com a finalidade de discutir conjuntamente os problemas relativos às unidades e tomar as decisões pertinentes.

A Secretaria Executiva foi então, um grupo de apoio ao Colegiado de Gerência. Esse órgão tinha duas assessorias, porém, houve muita sobrecarga de trabalho burocrático, sendo inviável a manutenção da mesma pelo distanciamento dos coordenadores da assistência ao cliente. Estes profissionais prestavam assessoria direta à direção ficando envolvidos na busca de financiamentos e outras atividades burocráticas que foram surgindo concomitantemente à incorporação

tecnológica. Tais fatos levaram ao afastamento dos profissionais da principal missão do hospital que era prestar um serviço de qualidade à população.

Foi então que, em 2002, houve a dissolução da Secretaria Executiva e nova reestruturação do organograma (Anexo VI), sendo criadas duas Linhas de Cuidado (Cuidado Adulto e Cuidado da Mulher, da Criança e do Adolescente), a Linha de Apoio Logístico e Administrativo, a Coordenação de Desenvolvimento Político Institucional, o fortalecimento da Coordenação de Ensino e da Comissão de Acolhimento, com implantação de Grupo específico para Ouvidoria.

Para que fossem viabilizadas as Linhas de Cuidado foram agregadas outras pessoas com o intuito de alocar os coordenadores nas várias unidades assistenciais. Somado a isto, criou-se a Gerência de Desenvolvimento Político Institucional (GEDEP) que tinha a função de assessorar a Direção nas questões burocráticas possibilitando, desta forma, que as coordenações ampliassem suas ações nas unidades de trabalho.

Nesse contexto, as principais apostas foram que a construção dessas linhas facilitaria a integração e a integralidade do cuidado do usuário e que os Gerentes de Linha assumiriam a articulação da qualidade da assistência prestada. Desta forma, através da intensificação do processo de comunicação entre os vários coordenadores das unidades, poder-se-ia reduzir ao máximo a necessidade de interveniência da Direção, uma vez que a resolução dos problemas no âmbito das unidades teria maior êxito.

Assim sendo, a Diretoria ficou composta pela Diretora Geral, Gerente de Desenvolvimento Político Institucional e os Gerentes das diferentes Linhas, que se reuniam semanalmente para discutir, avaliar e planejar as ações macro-institucionais.

As Gerências de Linha foram divididas em “Gerência de Linha de Cuidados Adultos”, “Gerência de Linha de Cuidados da Mulher, da Criança e do Adolescente” e “Gerência de Linha de Apoio Logístico e Administrativo”, sendo as duas primeiras compostas por um médico e um enfermeiro e a terceira por um enfermeiro indicados pela Diretora Geral, com participação ou não da Prefeitura. Estes gerentes têm a função de atender da melhor maneira possível às unidades designadas, desempenhando um papel articulador e facilitador.

Cada unidade tem um coordenador também indicado pela Direção Geral que é representado por um profissional de nível superior e que, no caso do hospital em questão, tem sua grande maioria representada por médicos. Estes coordenadores trabalham conjuntamente com as Gerências de Linha e com um “Grupo de Apoio à Gerência” (GAG) que tem a função de apoiar o coordenador nas questões do cotidiano. Cabe aos Coordenadores a responsabilidade de colocar a equipe a par dos delineamentos resultantes das reuniões realizadas no Colegiado de Gerência, bem como levar a essas reuniões os problemas e sugestões levantadas pelos trabalhadores ao nível da unidade.

O Colegiado de Gerência é então, o órgão que congrega todos os Gerentes das Linhas e de Desenvolvimento Político Institucional e os Coordenadores das unidades, sendo que estes se reúnem mensalmente, discutem e decidem sobre as macro-políticas institucionais. As reuniões são abertas à participação de todos os funcionários, porém somente a Diretoria e coordenações têm direito de voto; os demais membros têm direito de voz.

Portanto, notamos que esta instituição tem dois níveis formais de decisão: um Colegiado de Gerência e um Colegiado das Unidades.

Cabe ressaltar que, segundo Cecílio et al. (2003), esta reorganização trouxe implícitas outras apostas:

▪Que seria possível encontrar (melhor: “construir”) coordenadores das unidades assistenciais com perfil desejado;

▪Que seria possível encontrar (melhor: “construir”) Gerentes das Linhas de Cuidado e das Linhas de Apoio Logístico com o perfil desejado;

▪Que o volume de trabalho que compõe a pauta da Direção poderia (e deveria) diminuir muito quando um sistema de gestão mais autônomo, responsável e descentralizado começar a funcionar de fato;

▪Que a Diretoria Assistencial-Administrativa se constituiria um espaço mais democrático e efetivo de enfrentamento de problemas e definição de diretrizes operacionais para o hospital;

▪Que o Colegiado de Gestão se constituiria em instância efetiva de formulação e avaliação das políticas do hospital e

▪Que os Colegiados das Linhas se constituiriam em espaços dinâmicos, vivos e que efetivamente conseguiriam pensar novas formas de se qualificar a assistência no hospital.

Dentre estas apostas, várias foram alcançadas, de forma que o hospital é hoje considerado como referência da rede básica de saúde de Volta Redonda e dos municípios da região, contando com 162 leitos, sendo 53 de Clínica Médica, 31 de Clínica Cirúrgica, 12 de Pediatria, 38 de Ginecologia-Obstetrícia, 10 leitos no Pronto Socorro Infantil e 3 no Adulto. Conta ainda com um CTI Adulto com 6 leitos, 3 leitos de Unidade Intermediária (UI) e 6 leitos de Berçário Patológico. Devido à falta de leitos na região, são freqüentes taxas de ocupação iguais ou superiores a 100%, principalmente no berçário patológico. Possui pronto-socorro adulto e pediátrico

considerado de nível terciário pela complexidade e ambulatório de nível secundário que realiza cerca de 5000 consultas por mês nas seguintes áreas: cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, cirurgia plástica, proctologia, oftalmologia, ortopedia, cardiologia, cardiopediatria, geriatria, buco-maxilo, mastologia, otorrinolaringologia, ginecologia, neurocirurgia, neonatologia, endoscopia, fisioterapia, medicina do trabalho e ultrassonografia. Trata-se, então, de um hospital com características de hospital regional, secundário, com vocação para terciário em algumas áreas, tais como a maternidade de alto risco, a assistência ao trauma, o atendimento em terapia intensiva, com possibilidade de incorporação de procedimentos, como a implantação da hemodiálise em curso. Muitas atividades desenvolvidas no ambulatório deste hospital deveriam estar sendo executadas na rede básica de saúde, mas a maior parte das tentativas de descentralização acabou sendo frustrada. Pode-se dizer que, quanto mais o hospital se qualifica, incorpora tecnologia e melhora o atendimento prestado, mais aumenta sua visibilidade e legitimidade para a população perante uma rede básica que, na realidade atual de Volta Redonda, se desqualifica cada vez mais.

Esta instituição atende hoje então, uma demanda acima do que ela pode, fato que se justifica pela falência do sistema de atenção primária, pela falta de integração da Secretaria da Saúde com o hospital e também pela falta de existir uma coordenação do sistema hospitalar dentro deste município. Isto porque, embora haja outros estabelecimentos de saúde, há poucas fontes de impacto que sejam capazes de atender parte da demanda. Assim, houve um crescimento brusco deste hospital, aumento da demanda de atendimento e conseqüente sobrecarga de trabalho.

Apesar de todo o sucesso na implantação deste novo modelo gerencial, dificuldades surgiram e eram esperadas. Estas dificuldades serão posteriormente discutidas.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados 43 profissionais, sendo 17 enfermeiros, 18 técnicos e auxiliares de enfermagem e 8 médicos.

Dentre os enfermeiros, 14 trabalham no período diurno e 03 no período noturno e têm idade variando entre 25 e 51 anos. O tempo de formação varia entre 2 a 21 anos e o tempo de trabalho entre 6 meses a 19 anos. Apenas 4 destes profissionais não possuem especialização, porém um destes está cursando Pós – Graduação, nível Mestrado. Os demais já fizeram algum curso de especialização, sendo que 5 destes cursaram “Especialização em Gestão Hospitalar”, fato importante a ser destacado, visto que o modelo de gestão adotado requer a qualificação dos profissionais em termos gerenciais. Cabe ressaltar que 11 destes profissionais ocupam cargo de Enfermeiro Supervisor. Os demais ocupam cargo de Coordenação (2), Gerência de Linha (3) e Ouvidoria (1). Cabe salientar que a Ouvidoria, representada atualmente por um enfermeiro, retrata o esforço por parte do hospital para efetivar e melhorar continuamente a comunicação entre a instituição e seus usuários. Ela é um instrumento na democratização e transparência propostas pelo hospital, possibilita a análise de críticas e sugestões a respeito dos serviços oferecidos e tem por objetivo assegurar práticas mais humanizadas no ambiente hospitalar. O enfermeiro que ocupa este cargo trabalha de segunda à sexta-feira, num total de 40h semanais. Já as Gerências de Linha possuem Gerentes que

trabalham 8 horas por dia, perfazendo um total de 40 horas semanais. Há sempre um enfermeiro e um médico compondo a “Gerência de Linha de Apoio Logístico e Administrativo”, a “Gerência de Linha de Cuidados ao Adulto” e a “Gerência de Linha de Cuidados da Mulher, da Criança e do Adolescente”. Em relação aos médicos, todos têm carga horária de 20 horas semanais e idade variando entre 33 a 54 anos. Quatro deles têm o terceiro grau completo, sendo que um está cursando Pós – Graduação, nível Doutorado; os demais (7) possuem “Especialização em Gestão Hospitalar”. Os profissionais médicos entrevistados ocupam cargos de Coordenação (5), Gerência de Linha (2) e Direção Geral (1).O tempo de formação varia entre 7 a 19 anos e o tempo de trabalho entre 1 a 26 anos.

Já entre os elementos de nível médio, 12 são técnicos de enfermagem e 6 são auxiliares de enfermagem, com idade variando entre 30 a 53 anos, tempo de formação entre 8 a 25 anos e tempo de trabalho entre 10 a 23 anos. A justificativa para o funcionário que se formou há 8 anos e que tem tempo de trabalho no hospital igual ou superior a 10 anos baseia-se no fato de que o mesmo foi admitido nesta instituição ocupando o cargo de Atendente de Enfermagem, ocupação que não exigia preparo formal, porém após alguns anos qualificou-se passando a exercer o cargo de Auxiliar de Enfermagem.

Um deles tem o 3º. Grau completo, 1 tem o 3º Grau incompleto, 11 têm o 2º Grau completo, 2 deles têm o segundo Grau incompleto e 3 têm o primeiro grau completo. Em relação ao horário de trabalho, 5 funcionários trabalham 8 horas por dia, de segunda à sexta- feira, perfazendo uma carga horária semanal de 40h; 5 atuam no período noturno cumprindo 12 h de trabalho e 60 horas de descanso (12x60h) e 8 funcionários atuam no período diurno, da 7 às 19 horas, também cumprindo jornada de trabalho de 12x60h. Salientamos que os funcionários

contratados posteriormente a 1996 cumprem jornada de trabalho maior (12x36h), sem diferenciação salarial. Essa diferença na carga horária de trabalho é decorrente da decisão da Prefeitura Municipal de Volta Redonda em acordo com o Sindicato. Ressaltamos que cabe aos funcionários que trabalham 12 horas e descansam 60h, o cumprimento de dois (2) plantões extra, o que praticamente iguala a carga horária com os demais, porém ainda assim, este é um fato que gera alguns conflitos.

4.3 ANÁLISE DAS FALAS DOS ENTREVISTADOS

4.3.1 A mudança

Esta unidade engloba a análise das falas dos entrevistados acerca da percepção das alterações no gerenciamento decorrentes da implantação do Modelo de Gestão Colegiada no hospital em estudo.

A implantação da gestão colegiada na instituição levou a mudanças significativas no desenho da estrutura organizacional.

Concordamos com Guimarães (2004) quando diz que

> *"Essa nova forma de "fazer" o trabalho sugere mudanças na forma de "pensar" o trabalho: a interdisciplinaridade propõe a interação de profissionais de diferentes disciplinas, preservando as especificidades de cada uma e de seus membros, para construção de um trabalho coletivo; a participação, instrumento de harmonização interna, possibilita a manifestação e o uso das potencialidades de cada profissional, que pode contribuir de maneira eficaz e eficiente para o alcance dos objetivos comuns."* (p.78)

Sabemos que quando há participação de todos os elementos envolvidos no processo de trabalho, quando é oferecido o direito de voz, quando é permitido ao profissional exercer todo o seu potencial criativo, consegue-se a manutenção da motivação do grupo.

Complementa Motta (2002) que a teoria gerencial contemporânea procura demonstrar o valor do senso comum, da simplicidade e do juízo das pessoas, através do instinto e das percepções individuais. Refere-se muito à decisão intuitiva, isto é, àquela que não se baseia ou mesmo contradiz a lógica dos fatos explicitamente conhecidos e sistematizados.

Percebemos que, para dar margem à criatividade, à intuição, à simplicidade, ocorreram alterações nos vários elementos gerenciais, como na comunicação, na tomada de decisão e no poder.

Cabe ressaltar que, a experiência da transposição gerencial no hospital em questão foi gradativa. Apesar da implantação ter ocorrido em 1993, a mudança organizacional foi sentida a partir de 1994. Tal fato fica evidenciado na fala que se segue:

"Senti muito essa mudança a partir de 94... Até então, o que a gente sabia de mudança era isso: o que a gente não tinha de apoio... A descentralização ocorreu mesmo em 95 quando entraram os enfermeiros concursados e foi colocado um enfermeiro em cada unidade... Quer dizer, a mudança foi gradativa e não teve resistência". (GLE1)

Notamos pela análise sistemática das falas dos sujeitos entrevistados que alguns referem que não houve resistência ao modelo gerencial adotado, fato que não reflete a realidade encontrada nas respostas subseqüentes. Houve alguns movimentos de oposição e reação ao modelo, especialmente dos funcionários que têm maior tempo de trabalho na instituição, que serão discutidos posteriormente.

"Eu que morava no Rio de Janeiro e trabalhava em alguns hospitais do Rio de Janeiro, me identifiquei plenamente com este modelo, porque eu acho que é o sonho que todo médico tem em um hospital público, porque as ações são mais rápidas de serem resolvidas, não são emperradas em memorandos, em protocolos, em documentos, entendeu? Era aquele vai, volta, responde, assina, carimba, devolve e passa novamente... então, eu achei muito interessante". (CM1)

"Mudou muito, antigamente a coisa era muito fechada. Eu estou falando da época de antigamente. Agora a coisa está mais aberta, está tendo

mais condições assim de discutir alguma coisa, mais condições de trabalho". (AE2)

Fica evidente a diferença de conhecimento acerca das características e importância desse modelo gerencial entre os profissionais de nível superior e os de nível médio. Notamos que há ampla compreensão acerca desta proposta contemporânea de flexibilização estrutural da organização por parte da maioria dos médicos e enfermeiros. Já os técnicos e auxiliares de enfermagem, apesar de reconhecerem que houve mudança, não têm clareza dos aspectos que compõem esta gestão.

Verificamos este fato nas respostas dos seguintes funcionários:

"Mudou e para melhor, está melhorando bem". (AE5)

"Mudou. Tem coisas mais rápidas e outras mais demoradas". (AE6)

"É, mudou. Nós temos, por exemplo, a nossa chefe geral e, no caso, nós levamos à ela e ela toma as providencias". (AE7)

Sabemos que para que haja sucesso na forma de gerenciar, devemos buscar a criação de mecanismos mais formais e permanentes de negociação entre as diversas corporações, inclusive entre os profissionais de nível médio.

Concorda com tal afirmação Cecílio (2002a) quando relata que mesmo que o modelo gerencial aponte para o trabalho interdisciplinar e seja centrado no cliente, esta negociação com as corporações, feita de forma diferenciada, é um dispositivo importante para se chegar a um consenso.

Acreditamos que, quando não há engajamento dos elementos que compõem a equipe neste modelo, fica difícil chegar a este consenso e, por conseguinte ao alcance dos objetivos propostos.

Notamos pela análise das falas que para os técnicos e auxiliares de enfermagem, o modelo garante maior abertura nas discussões, além de ter possibilitado a incorporação de recursos materiais. No entanto, continuam se reportando ao enfermeiro quando se deparam com alguma dificuldade.

Cabe ressaltar que, para os funcionários do período noturno não houve alterações, visto que permanece o enfermeiro supervisor com o mesmo papel e atribuições que tinha no modelo gerencial tradicional. É a este profissional que os funcionários se remetem quando necessário, já que os elementos da coordenação e da Gerência de Linha permanecem no hospital apenas no período diurno. Esta afirmação pode ser constatada no depoimento abaixo:

"Os enfermeiros do plantão noturno estão deslocados hoje, eles estão fora dessa gestão participativa, descentralizada, entende? Eles estão perdidos nela. Eles não têm uma gerente como as outras diaristas têm para buscar e para subir e fazer reunião com a gente..." (GLE1)

"Eu trabalho muito à noite. Acho que há mais diferença de dia. Agora eu acho que melhorou muito, porque o hospital cresceu muito da época que nós entramos até hoje, está crescendo cada vez mais e sempre assim para melhor, né. Eu não sei, não tenho nada para falar contra não. Sei que está muito bom agora. Qualquer coisa assim pode dizer, levar para as pessoas. Na minha época tinha uma chefe que tinha que responder pelo hospital inteiro, depois foi se dividindo, foi entrando mais chefe, qualquer problema pode levar para aquelas pessoas". (TE6)

Compreendemos que este modelo contemporâneo de gestão prevê a distribuição da autoridade e da responsabilidade, a interação pessoal e grupal, a redução de hierarquias e de chefias intermediárias e a participação dos profissionais da cada unidade que compõe a instituição. Assim, entendemos não ser ideal a desvinculação e alienação de alguns elementos da equipe.

Para Campos (2000) não existe um sujeito desalienado ou lúcido de todo. Coloca que

> *"todo Ser Humano é tributário de alguma cegueira, de algum não-saber ou de algum descompromisso com o princípio da realidade"* (p.107).

O autor complementa que os seres humanos menos alienados ou com maior capacidade analítica, ou reflexiva, serão sempre, potencialmente, mais capazes de construir a felicidade humana.

No caso dos trabalhadores do plantão noturno, a desvinculação e alienação provêm talvez não apenas do descompromisso individual, mas principalmente da falta de empenho por parte da Direção e das Gerências em transformar o cotidiano desses trabalhadores, valorizando seu potencial, motivando-os e inserindo-os como membros participativos no modelo gerencial adotado.

Concordamos com Motta (2002) quando diz que

> *"a participação facilita a satisfação de necessidades de realização pessoal e profissional à medida que possibilita a expressão e o uso das potencialidades de contribuição de cada pessoa. E ainda mobiliza esforços e acrescenta habilidades individuais, que separadamente seriam inúteis ou impossíveis de se utilizar. São não só habilidades de natureza grupal como também outras que se escondem na passividade e nos sentimentos de impotência de funcionários antes fadados ao conformismo alienado. A participação desaliena indivíduos e destrói paroquialismos e percepções distorcidas sobre o uso do poder".* (p.162)

Para isso, deve haver mudanças na forma de condução da gerência. Sabemos que qualquer mudança é um processo lento e, às vezes, penoso. Os passos desse processo não devem ser rígidos, mas sim, revistos e alterados quando necessário.

Merhy et al. (2002) complementa dizendo que há processos ruidosos operando dentro de cada singularidade, bem como entre ela.

> *"Além disso, operam buscando e possibilitando novos caminhos instituintes, como linhas de fuga do que está estabelecido, possibilitando a emergência de novos instituídos no mundo das significações, desterritorializando o anterior para novos e incertos trajetos".* (p.117)

Nesta perspectiva, entendemos que há a necessidade de tornar possível um novo caminho para os funcionários do plantão noturno, buscando transpor o que está instituido e que é proveniente do modelo gerencial anterior, tornando-os mais participativos e aderidos ao novo modelo.

4.3.2 A comunicação

Esta unidade reúne falas dos entrevistados acerca das alterações ocorridas no processo de comunicação. A análise é feita baseada na comunicação em todos os níveis, ou seja, enfatiza aspectos da comunicação vertical que ocorre de cima para baixo ou vice-versa e, especialmente, a comunicação lateralizada ou horizontalizada que se caracteriza como um diferencial nesse modelo gerencial participativo.

Assim, ao se propor um modelo de gestão que enfatize a criatividade, que seja baseado em estruturas flexíveis, descentralizadas e ligado à responsabilização dos envolvidos, deve-se pensar menos intensivamente em comunicação vertical e, prioritariamente, em comunicação horizontal ou lateral.

Concordamos com Rivera (1996) quando coloca que uma gestão comunicativa é uma alternativa necessária a modelos tradicionais de gestão.

Salientamos que o modelo gerencial adotado exige que a comunicação seja mais efetiva. A articulação das ações, a coordenação, a integração e interação dos agentes ocorrem por meio da linguagem que, segundo Peduzzi (2001), deve ser concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe.

Nesta perspectiva, consideramos que o trabalho desenvolvido em equipe requer o uso de linguagens comuns, objetivos e propostas comuns. Complementa Peduzzi (2001) que deve haver a elaboração de um projeto

assistencial comum, construído por meio da intricada relação entre execução de intervenções técnicas e comunicação dos profissionais. Trata-se da perspectiva do agir-comunicativo no interior da técnica.

Percebemos pela análise das falas que a maioria dos profissionais entrevistados considera que houve alteração no processo de comunicação. Seguem-se alguns relatos:

"Muito mais fácil. Extremamente mais fácil. Você não tem burocracia. Para conversar com a diretora do hospital você não precisa ter hora marcada e agendada, entendeu? Então quer dizer, você está com um problema no seu setor, se você não conseguiu resolver e já percorreu todos os trâmites, você sobe, bateu à porta, ela não está atendendo ninguém, a pessoa te atende. Assim como os meus funcionários também não precisam marcar hora comigo, entendeu? Na hora que der a gente senta para discutir, para resolver o problema, para tentar resolver o problema da unidade que a gente sabe que é 24h no ar, que é uma loucura, entendeu? Então facilita em tudo, em tudo".(CM1)

"Eu acho que a informação fica bem mais acessível, né. Quando você tem colegiado de gerentes, você vai coletivizando várias informações, né, a comunicação fica mais fácil, a própria realidade de cada setor que está interligado ao seu, né, fica mais fácil até de você compreender a comunicação de um setor que às vezes você não detém, né".(CE1)

"A comunicação entre os profissionais e o pessoal de nível médio, melhorou muito. Antes o pessoal não chegava, não conversava com você assim igual a gente está conversando, sabe? E aí mandava, geralmente quando chamava você era para poder assinar uma advertência, não chegava a conversar, a dialogar para saber o que estava acontecendo. Agora nessa gestão melhorou muito". (TE3)

"Esse modelo facilita a comunicação. É... no modelo vertical você fica muito distante do poder executivo, da direção, de quem realmente dá a palavra final, o aval para a gente realizar os nossos projetos, né, nas coordenações. Ééé... e com esse modelo a gente consegue chegar melhor, né, finalizar o que a gente quer".(CM3)

Notamos que os profissionais sentiram que houve facilitação na comunicação, visto que têm acesso mais livre no âmbito da unidade bem como com as instâncias hierarquicamente superiores, ou seja, com a coordenação, gerência e

até com a Direção. Sabemos que uma das propostas deste modelo contemporâneo de gestão é que se institua sistemas de informação mais diretos e acessíveis tanto verticalmente, entre os diferentes níveis hierárquicos, como lateralmente ou horizontalmente, entre as diferentes unidades ou setores.

Complementa Motta (2002) que

> *"A organização se torna um conjunto de pequenas organizações, administradas com o máximo de interdependência. A conexão entre as partes se passa por um intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores. Como em um sistema holográfico, cada uma das partes tem a visão do todo e sabe bem o que se passa nas outras".* (p.123)

Apesar de um grupo sentir facilitação nesse processo, alguns profissionais colocam que, no hospital em questão, a comunicação lateral ou horizontal ocorre com maior dificuldade, já que há certo isolamento das unidades na tentativa de resolução de problemas. Este fato fica comprovado nos seguintes depoimentos:

"Aumentou muito (a comunicação), eu acho que aumentou muito ao nível das unidades, porque a gente tem colegiados nas unidades entendeu? Entre as diferentes linhas ainda não aumentou muito não, dentro das linhas é que aumentou um pouco. Ainda falta aumentar dentro das diferentes linhas". (GLM1)

"A comunicação ainda está sendo alterada, né. A gente faz a comunicação para o coordenador, transfere as decisões para o coordenador. Então se fosse uma gerência de Enfermagem, talvez seria uma coisa mais... se tivesse de um lado a gerência de enfermagem e paralela a gerência do médico, eu acho que seria , teria uma melhor resolutividade, porque a gente é mais envolvida, tem na faculdade a parte administrativa. Isso melhorou com a presença do enfermeiro na Gerência de Linha, mas as decisões ainda têm que passar para o coordenador que é o médico. A comunicação lateral precisa melhorar mais". (E9)

"Sim, a proposta inicial desse modelo tem o incentivo à essa comunicação lateral, né, as coordenações se comunicam lateralmente e o que não é resolvido com essa comunicação lateral é levado ao nível superior, a princípio seria uma Secretaria Executiva e hoje à Gerência de Linha e o que não conseguisse resolver nesse nível aí sim levaria para a direção geral do hospital. É, algumas coisas funcionam bem com a comunicação lateral éé... em algumas

unidades a gente tinha dificuldades no início e até hoje existe essa dificuldade na comunicação lateral, então algumas resoluções ainda precisam ser encaminhadas à Gerência de Linha ou à direção para se conseguir resolver. Mas se consegue resolver na comunicação lateral, a resolução é muito mais rápida do que no modelo vertical. Até que vai e volta... na comunicação lateral a gente consegue mais rápido". (GLE3)

"Ah, sim, em termos de modificação houve que com a gestão, com o início da gestão participativa, começaram-se a ter as reuniões do Colegiado em que participam até hoje todos os coordenadores e esses coordenadores retornam para as unidades tudo o que é definido, é decidido e é discutido na reunião de Colegiado. Ela é uma reunião aberta, então a gente tem a participação de pessoas que não são da direção, do colegiado de gerentes, que também servem como transmissores do que for decidido aqui. A comunicação lateral ainda não é efetiva , ainda não, ela ainda não é como a gente idealizou, gostaria que fosse, ela ainda é muito truncada, até porque a gente tem um..., a parte mais pesada que é a assistencial, os coordenadores não têm um horário integral, eles não fazem 8 horas, eles teoricamente fazem 4 horas, então assim, não dá tempo para resolver todos os problemas, para discutir, para procurar os outros coordenadores, para que essa comunicação lateral fosse efetiva da forma que a gente pensou e gostaria". (GLM2)

As falas ratificam que há necessidade de melhorar a comunicação dentro das Gerências de Linha. Sentimos que cada unidade tem grande autonomia na resolução dos problemas, porém, na visão de alguns profissionais médicos e enfermeiros, falta maior integração entre as diferentes unidades.

Motta (2002) salienta que a estrutura modular, com base em equipes, facilita a comunicação. No entanto, a interdependência entre os módulos só pode ser alcançada através de um amplo sistema de comunicação intensiva.

Assim, faz-se necessário maior empenho no desenvolvimento de estratégias que possam estimular a comunicação interunidades, proporcionando maior união dos profissionais com relação à busca de solução dos problemas. A fala seguinte exemplifica o que ocorre na instituição em estudo:

"O que acontece é que cada um tem o seu castelinho, cada um tem o seu mundinho. Então a gerência da linha infantil e do adolescente tem várias enfermeiras e uma coordenação responsável por aquele setor. Nós, como somos de outra gerência, a gerência do adulto, quando precisamos de um remanejamento

é muito mais difícil, porque eu dependo de outra gerência... Eu acho que criou uma individualidade, porque ninguém quer o funcionário ruim, a verdade é essa. Então fica cada um querendo o melhor para si. Cada um resolve os seus problemas". (E3)

Fica claro que os setores conseguem desenvolver ampla comunicação e resolução de problemas, porém, na maioria das vezes, internamente, mantendo-se isolados dos demais. Cada qual procura atingir seus interesses, desenvolvendo adequada interação e integração com a respectiva coordenação e Gerência de Linha.

Como nem todas as unidades têm dado conta das singularidades dos demais setores, acreditamos que há necessidade de repensar alguns aspectos essenciais para a concretização deste modelo gerencial, já que o hospital deve se constituir em um território de relações também interunidades.

Neste contexto, embora saibamos da complexidade desta instituição e das dificuldades enfrentadas nas situações de mudança, vale ressaltar que, ao nosso ver, um modelo de gestão colegiada deve visar a união entre os diferentes setores para que se busque a solução dos problemas em âmbito geral, valorizando conjuntamente as particularidades e especificidades de cada um. Não é possível esse modelo quando existem interesses pessoais, corporativos ou de grupos isolados se sobrepondo aos demais.

Cecílio (1998), ao tratar do hospital em questão, coloca que

> *"a idéia da comunicação lateral é a de que os gerentes tenham a máxima autonomia para resolverem entre si, de forma horizontal, sem recorrer a "níveis superiores", o máximo de questões do cotidiano, da forma mais ágil possível, sempre com ênfase no melhor atendimento possível aos seus "clientes", sejam eles internos ou externos".* (p.14)

Outras dificuldades com relação ao processo de comunicação são ressaltadas nas falas. Alguns relatos citados anteriormente evidenciam que o fato da

maioria dos coordenadores serem médicos dificulta muito o processo de comunicação, especialmente no que tange aos enfermeiros.

Cabe ressaltar que o enfermeiro tem maior facilidade de comunicação com o profissional enfermeiro que compõe a Gerência de Linha do que com o coordenador médico. Este último, por sua vez, também apresenta intensa dificuldade de aceitação do enfermeiro ocupando cargo de coordenação, visto que considera o trabalho do enfermeiro menos importante, fato este identificado a partir de diálogo com alguns coordenadores:

> "No ambulatório a gente tem assim uns sessenta médicos e alguns vão direto à Direção. Alguns têm uma vaidadezinha excessiva e precisam desconsiderar o que eu falo e ir direto à Direção".

Percebemos que o médico nem sempre respeita a hierarquia, principalmente quando o coordenador é o enfermeiro. Este profissional prefere procurar a Direção Geral para a resolução de alguma dificuldade enquanto deveria procurar resolvê-la no grupo de trabalho, conjuntamente com o coordenador, independentemente da categoria profissional à qual este pertence. Este fato caracteriza-se como uma resistência ao processo de mudança, já que o médico desrespeita, em alguns casos, o que pressupõe o modelo de gestão vigente.

Ferraz (2002), em seu estudo sobre a reforma político-administrativa de um hospital público, encontrou essa mesma dificuldade com relação à resistência do profissional médico à mudança:

> *"(...) esse movimento de fragilização das identidades profissionais é também de poder, principalmente o poder oriundo do saber corporativo e, novamente a categoria dos médicos mostra-se resistente a negociar os saberes e os poderes, enquanto que outras categorias, no sentido inverso, lutam para desencadear ações interdisciplinares segundo uma lógica mais conectada"* (p.103).

Percebemos que não é regra a desvalorização do profissional enfermeiro pelo médico e a dificuldade deste profissional em flexibilizar a sua autonomia, compartilhando mais com as demais profissões. Assim, torna-se compreensível que os enfermeiros desejam ter profissionais com a mesma formação ocupando cargos de coordenação. Vale ressaltar que a indisponibilidade de tempo do coordenador médico, citada na fala anterior, é um fato que também dificulta a comunicação nos vários setores.

Acreditamos que estes fatos possam contribuir para a não percepção por parte de alguns profissionais acerca das mudanças ocorridas na instituição, já que, especialmente os médicos, continuam se reportando a instâncias hierarquicamente superiores para a resolução dos problemas, desconsiderando o modelo de gestão.

Além destes, outros motivos levam os enfermeiros a não visualizarem mudanças na comunicação neste modelo gerencial. Notamos isso pelos seguintes relatos:

"Ah! Olha, como a gente trabalha em ritmo de plantão, vem aqui pouco, a gente não tem a convivência diária, então a gente perde um pouco isso. Eu acho que a comunicação até que atrapalha um pouco o trabalho que a gente faz aqui no hospital, porque a gente fica mais apagando incêndio, né. Hoje tem lá umas 40 pessoas no pronto socorro; tem que atender né, é o objetivo, dar atenção para o cliente. É como se de dia fosse um hospital e à noite fosse outro. Muita coisa a gente perde. Então no noturno eu acho que a comunicação não se alterou, eu trabalho da mesma forma". (E6)

"Eu acho que a comunicação é deficiente aqui dentro, em todos os níveis, especialmente como o pessoal do noturno. Durante o dia a comunicação até que anda muito bem, mas à noite... A comunicação de coordenação com coordenação acho que vai bem, eu acho que a comunicação que não é boa é num nível mais elementar, e que acontece no noturno. A queixa maior é que as informações não chegam, mudam-se as rotinas e não são passadas e a supervisão é pega de surpresa". (CE2)

A comunicação para os enfermeiros do período noturno segue um caminho diferente. Conforme já fora relatado anteriormente, não houve alterações no processo de trabalho destes profissionais neste modelo gerencial. Isso ocorre porque não há membros das coordenações ou das gerências no hospital no período noturno. Além disso, normalmente dois enfermeiros ficam responsáveis pela supervisão de vários setores, ficando impossibilitados de prestar um atendimento com maior qualidade.

Embora estejam ligados à coordenação da Urgência / Emergência, sentem-se desvinculados da maioria, senão de todas as decisões, já que não têm o convívio diário com os profissionais que compõem as coordenações e as Gerências de Linha.

Peduzzi (2001), ao tratar da equipe multiprofissional de saúde, relata que deve haver um projeto comum como sinalizador de integração da equipe. Complementa que se trata de um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, que toma em consideração o projeto assistencial hegemônico onde os agentes partem de uma realidade dada e constroem, pelo trabalho, e pelo agir-comunicativo, um projeto pertinente às necessidades de saúde tal como concebidas pelos usuários e pelos profissionais. Tais concepções são compartilhadas com base no diálogo e todos os agentes estão de acordo quanto ao conteúdo que constitui o projeto comum.

Assim, acreditamos que essas diferentes realidades gerenciais que compõem um “hospital-dia” e um “hospital-noite” devem dar lugar a uma única realidade onde haja o engajamento de todos os profissionais, independente do turno de trabalho, com vistas a atingir os objetivos institucionais que são comuns.

No que se refere aos profissionais de nível médio, alguns dos técnicos e auxiliares de enfermagem relataram não ter percebido alteração na comunicação. Alguns ainda colocam que ficou dificultado este processo:

"Quando mudou mesmo a gestão eu saí de dentro do hospital para vir aqui para fora, para o ambulatório. Então eu quase não vejo comunicação nenhuma". (TE1)

"Houve, ah, não sei. A enfermeira estava mais perto, a gente comunicava mais com a enfermeira e ela decidia. Agora está mais difícil a comunicação de maneira geral". (AE8)

"Para você ver, eu não tenho muito contato para falar, mas quando eu tenho alguma coisa para falar, eu falo com a minha supervisora. Então para mim ficou tudo igual". (TE6)

"Ficou tudo igual, porque quem continua resolvendo nosso problema é a enfermeira". (AE9)

Notamos que para esses funcionários a comunicação não sofreu alteração, já que continuam resolvendo os problemas através do enfermeiro, como faziam no modelo gerencial anterior. Vale ressaltar que um dos entrevistados manifestou piora no processo de comunicação, o que nos leva a crer que não houve o acolhimento por parte da organização de todos os funcionários neste modelo.

4.3.3 A tomada de decisão

Neste tópico é feita a análise do entendimento dos entrevistados sobre as alterações ocorridas no processo de decisão, tendo como base o Modelo Gerencial Descentralizado. Para que a tomada de decisão seja adequada, há que se pensar que se trata de um processo que exige dos envolvidos uma capacidade de análise e discernimento na busca de soluções e que a qualidade dessas decisões vai garantir o sucesso ou o fracasso daquilo que se almeja. Por isso, cabe aos profissionais um raciocínio crítico e o julgamento consciente e habilidoso para que possam garantir um resultado positivo.

Segundo Marquis e Huston (2005),

> *"Tomar decisões é um processo cognitivo complexo, freqüentemente definido como a escolha de determinada linha de ação".* (p.45)

Assim, a decisão depende de características individuais e/ou grupais, ou seja, depende de valores que o individuo ou o grupo têm do nível de conhecimento, do envolvimento com a organização. Esses atributos vão contribuir expressivamente no processo de tomada decisão. Os indivíduos podem ter uma atitude mais protetora, para evitar riscos, ou podem ser impulsionados a assumir desafios novos e diferentes.

Acreditamos que o profissional que sabe qual o caminho a percorrer, que investe em decisões ousadas, porém com cautela, que busca o melhor desempenho possível das equipes e que usa a intuição tem maior condições de alcançar a qualidade que almeja.

> *"O processo intuitivo incorpora um número maior de variáveis, já que os fatores emocionais, políticos, de oportunidade e de sensibilidade permeiam todo o processo decisório, desde as etapas iniciais, reduzindo as visões racionais-analíticas da decisão. Por isso, o juízo intuitivo do dirigente, baseado no conhecimento e experiência do contexto, pode levar a melhores decisões do que a ênfase nas técnicas racionais de otimização".* (MOTTA, 2002, p.64)

Ressaltamos ser essencial o uso da intuição em qualquer processo de decisão, pois traz consigo informações, conhecimentos, perspectivas que através de critérios formais não se conseguiria.

No entanto, vale salientar que aspectos formais são considerados quando se trata da tomada de decisão. Leva-se em consideração a hierarquia ou cadeia escalar, ficando determinado por meio do organograma, em que nível são decididas as questões pertinentes.

Já em uma estrutura organizacional descentralizada, o processo decisório deve ser disseminado nas várias unidades, o que possibilita a participação de todas as categorias, inclusive as mais elementares.

No modelo gerencial adotado no hospital em estudo, os diferentes profissionais, quando questionados sobre as alterações no processo de decisão, referiram que houve facilitação. Todos os médicos consideram que há mais possibilidade de decidir ao nível da unidade, sem que seja necessário chegar à Direção. Quanto aos enfermeiros, a maioria concorda que houve melhora. Grande parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem acredita que houve alteração, embora novamente não têm argumentos que evidenciem a participação desta categoria na tomada de decisão. Vejamos os relatos que se seguem:

"O processo de decisão do coordenador é muito facilitado. E ele se torna muito mais responsável. Porque você para decidir não precisa ter aval, vamos dizer assim, do "big boss" , do chefão. Mas em compensação você tem toda a carga de responsabilidade nos teus ombros. Porque se você decidir bem, é aquela história, parabéns. Se você não decidir, aí nós vamos sentar e conversar depois. Não é nem que vem a carga, chumbo grosso, nada disso, entendeu? Porque aqui no hospital não se tem esse perfil, nem com os coordenadores nem com os

médicos. Aqui é tudo conversado. Então, mas você sabe que a responsabilidade é tua né. Aí você tem muito mais responsabilidade sobre isso". (CM1)

"Também mudou. O enfermeiro decide mais. Não precisa levar à direção, às vezes são coisas que podem ser contornadas entre a gente mesmo".(TE2)

"Qualquer decisão nesses outros modelos mais tradicionais, qualquer decisão que você toma, você tem que passar para a sua chefia, aí a decisão final vai para a chefia, né. Nesse modelo de gestão você também não decide sozinha, claro, porque é uma decisão participativa, mas você sabe que está sendo ouvida, você percebe também que a sua palavra tem peso ali. Eu tenho essa autonomia de estar interferindo, claro que dentro dos limites. Mas tem algumas decisões que a gente percebe nitidamente que se a gente não puxar o coordenador "espera aí que a gente tem que resolver isso junto", ele decide sozinho. Ele decide sozinho e coloca que foi em nome do grupo, que foi o grupo que resolveu. Então tem que dar uma freada nele. E uma coisa que eu percebo assim é que às vezes até algumas coisas foram decididas e eu fico sabendo depois, então a gente fica muito atento, talvez seja até porque o coordenador tem mesmo ainda aquela idéia do modelo antigo". (E2)

"Mudou praticamente tudo. Modelo novo, muita gente tem dificuldade até de entender. Até hoje ninguém entende ao pé da letra, mas mudou muito, as decisões, tudinho, tudo é conversado com você para você dar a sua opinião. Às vezes pode até não acatar, né, mas você dá a sua opinião, eles escutam, podem até não acatar agora, mas daqui uns 2 ou 3 meses eles acatam". (TE3)

"É mais rápida. Se for um problema mais fácil, não precisa nem chegar na direção. Por exemplo, se for alguma coisa que a enfermeira do setor possa resolver, ela resolve ali e não precisa ir na direção". (AE5)

Percebemos pelas respostas que os elementos que ocupam cargos de gerentes ou coordenadores sentem que a decisão ficou facilitada, já que ocorre, na

medida do possível, no âmbito da unidade. Apenas os casos mais complexos necessitam ser remetidos à Direção.

Campos (2000) coloca que a possibilidade de participar das decisões depende tanto de mudanças no organograma formal, quanto de alteração em sua expressão concreta. Complementa que

> *"O modo para produzir-se esse fluxo democratizador assenta-se na Co-gestão (espaços de luta / negociação entre atores distintos) e na Gestão Colegiada, da qual participem todos os membros de um Serviço ou Organização. Um meio de se viabilizar a utopia da democracia direta. Todos os membros de um Coletivo reunidos em Assembléia. Reunidos para, periodicamente, repensar o próprio trabalho, e sugerir rumos para a organização como um todo e, também, para suas relações com a sociedade. Uma espécie de Assembléia dos Trabalhadores, que, reunidos no próprio local de trabalho, exerçam formas compartilhadas de direção".* (p. 152)

Notamos que, apesar do modelo estar instituído e incorporado, nem todos os trabalhadores estão engajados. O "técnico" e o "auxiliar de enfermagem" são considerados atores nesse processo, porém não estão articulados efetivamente às decisões, uma vez que colocam que se remetem ao enfermeiro para que este decida.

Vale ressaltar que, novamente, é relatada a falta de governabilidade para assuntos cuja decisão depende da Prefeitura:

"Eu acho que eu tenho muita autonomia no meu setor, para as questões internas do setor eu não dependo muito ééé... para eu tocar o dia-a-dia da direção, da gerência. Questões internas a gente consegue decidir. Quando eu preciso de algum outro setor do hospital aí eu preciso levar à Gerência e a gerência é, é... Solicita á direção por mim. Isso me facilitou, porque era muito desgastante sempre eu levar todas essas dificuldades". (CM3)

"É... por exemplo se a gente necessita de uma reforma, de investimento, materiais, compra, isso a gente decide, né. A gente reúne a nossa equipe e decide se realmente é necessário comprar alguma coisa que faz parte do

dia-a-dia. Isso é discutido e levado para a reunião de Gerência de Linha, às vezes até na reunião de Colegiado. É lógico que isso é um processo muito demorado, o hospital é público, tem que ter licitação de tudo quanto é material que vai comprar, a não ser que seja material do dia-a-dia, de consumo, mas material instrumental, essa coisa toda, aí a coisa é meio demorada. O hospital depende muito da Prefeitura, ele está muito atrelado aos investimentos da Prefeitura. O hospital não se auto-sustenta para todos os investimentos, né, como por exemplo a folha de pagamento. Eu sei que a folha de pagamento é a Prefeitura que banca, o resto a gente consegue pelo que a gente faz, pelo que a gente recebe do SUS. A gente consegue manter uma folha de pagamento que é grande, no nosso caso, e a Prefeitura que decide então. Licitação é um processo demorado, mas a gente tem conseguido avançar de uma certa forma em algumas coisas. Nas coisas internas é mais rápido, não com tanta rapidez, mas eu acho que é um processo mais rápido do que era anterior". (CM5)

Salientamos que essa negociação externa ao hospital acaba prejudicando os objetivos desta proposta de gestão, uma vez que a Prefeitura tem outros interesses, outros projetos, lidam com outros segmentos da sociedade e, como os membros, nessa instância, não "vivem" este modelo, acabam não atendendo a todos os requisitos necessários à sua efetivação. Assim, a Prefeitura nem sempre atende aos interesses da instituição, discordando e divergindo das reivindicações alheias.

Compartilhamos da visão de Cecílio (2002a) quando diz que a incontornável baixa autonomia dos hospitais, no que se refere ao gerenciamento de recursos financeiros, materiais e de pessoal leva a tantas amarras burocrático-administrativas que acabam resultando em problemas tão graves, que tornaria quase impossível apostar em um projeto de qualificação da assistência prestada pelos hospitais governamentais.

Nesta perspectiva, poderíamos pensar que talvez haja a necessidade de maior engajamento da Prefeitura neste modelo de gestão, já que esta exerce certo poder sobre o hospital no que diz respeito a algumas decisões.

Outro fato que nos chama a atenção é que alguns enfermeiros consideram que o processo de tomada de decisão deles ficou dificultado, já que os coordenadores, na grande maioria, são médicos.

"Aqui eu vejo que a decisão do enfermeiro cada vez diminui mais. Você pode até dar palpite sobre o paciente, qual sua opinião sobre determinadas coisas, mas poucas vezes a gente é ouvido, entendeu? Quem decide tudo é a coordenadora que é médica. Você pode ter razão, mas o que vale é a opinião dela". (E10)

"Nessa gestão você não decide as coisas na hora, você tem que levar para o coordenador, o coordenador para a gerência, da gerência para a reunião para aí eles resolverem. Piorou a tomada de decisão para o enfermeiro, ele não toma decisão, precisa levar para o coordenador dele. Eu sempre fui muito resolutivo. Posso quebrar a cara, resolver errado, mas eu gosto de resolver. Eu bati muito de frente entendeu? Muito porque eu acho que os coordenadores, na realidade, ficam muito pouco tempo. Eu acho que até mesmo alguns enfermeiros evitam o contato com os coordenadores. Existem alguns enfermeiros aqui que são capazes, que participam mais do hospital que alguns médicos e você sabe que a maioria dos médicos não sabe gerenciar, a maioria dos médicos passa a mão no colega de trabalho e a sobrecarga na realidade é do enfermeiro. Eu particularmente não concordo com isso aqui. Não estou generalizando, existem exceções, mas eu acho que o enfermeiro aqui é pouco reconhecido. São poucos os que reconhecem". (E8)

"A maioria das decisões tem que passar pela coordenadora. Quase tudo, quase tudo. Principalmente porque ela é bastante taxativa nesse ponto, inclusive a avaliação de funcionários. Ela chegou a falar que qualquer tomada de decisão da minha parte com os funcionários, auxiliares ou técnicos, tinha que falar com ela primeiro, então você vê, tira toda a sua autonomia, você não tem comando nenhum. É... ela é uma coordenadora que está lá na sexta, que é plantão dela de 24 horas e os outros dias é "am passã", às vezes. Se eu tiver que decidir alguma coisa quando ela não está, tem que ser a gerente ou então ligar para ela, ligar no celular". (E12)

Conforme já dissemos, os médicos ocupam lugar de destaque nas instituições, uma vez que são os únicos responsáveis pelo diagnóstico e pela terapêutica, inclusive pela demanda de atividades da própria enfermagem.

No entanto, ressaltamos que o profissional que tem maior domínio e conhecimento sobre questões gerenciais é o enfermeiro. Corroboram Cecílio e Merhy (2001) quando dizem que

> *"Os médicos "passam" pelo cotidiano do hospital, quando o tema é a sua coordenação. A coordenação, de fato, mesmo que não de "direito", é da enfermagem... Pode-se dizer que esta tensão constitutiva do hospital, revela-se, se bem olhada, como um paradoxo: quem coordena o cuidado é o pólo dominado em uma relação de dominação..."* (p. 11).

Nesta perspectiva, acreditamos que, para que seja solucionado este problema, a tomada de decisão deve ser compartilhada entre as diferentes categorias, sem que haja a subordinação de uma sobre a outra. Além disso, oportunidades deveriam ser dadas aos enfermeiros, de forma que pudessem assumir cargos de coordenação com a finalidade de articular, de tornar possível a participação de todos os profissionais no processo decisório.

Destacamos a fala da Diretora do hospital em questão:

"A gente percebia rapidamente que a enfermagem, principalmente as enfermeiras têm clareza da gestão administrativa, porque os médicos não têm muita clareza instituída. Eles têm uma confusão de como constrói essa estrutura, ele faz confusão da estrutura social, ele faz confusão do público e do privado. A enfermagem não faz parte da coordenação ainda por não ter conquistado seu espaço. Ela tem que se conscientizar do papel dela, do saber, do poder dela mesmo, e do poder oferecer propostas diante do médico. Eu posso pontuar pra você as enfermeiras que conseguem sentar e discutir com um colega médico o caso de um paciente, a patologia, não precisa discutir o tratamento, que é uma atribuição do médico. Acho que essa questão da hierarquia deveria ser trabalhada no órgão formador. A coordenadora do ambulatório, por exemplo, é um tanto quanto complicada pra nós. Nós tivemos gerentes enfermeiras aqui que foram as melhores gerentes que já tivemos, mas resolveram investir na vida delas e saíram". (DG)

Notamos que há percepção por parte da Diretora do potencial do enfermeiro quando executa ações administrativas. Salientamos que este profissional tem formação na área administrativa, o que lhe oferece mais condições de gerenciar a assistência de enfermagem, bem como o espaço assistencial. Sabemos que essa formação ainda segue os princípios da Abordagem Clássica da Administração, o que, de certa forma, evidencia a necessidade de capacitação deste profissional para o exercício de uma gestão mais democrática. Entretanto, acreditamos que há maior envolvimento por parte deste profissional com as questões do cotidiano de trabalho, além de ser quem permanece durante as 24h na instituição, estabelecendo, portanto, um relacionamento mais próximo com todos os elementos que compõem a equipe multiprofissional, o que poderia ser um elemento facilitador neste processo.

No entanto, destacamos alguns pontos importantes: a hegemonia e o poder médico e o despreparo ou falta de conhecimento mais aprofundado do enfermeiro.

O primeiro ponto é importante visto que os médicos são os profissionais que mantêm maior autonomia no exercício do seu trabalho, tanto em relação aos demais profissionais quanto em relação à instituição.

Na concepção de Pires (1999)

> *"Os médicos detém a autoridade legal de controle do processo de trabalho em saúde e o hospital precisa do médico para desenvolver o trabalho assistencial. O trabalho do médico é necessário, especialmente para fazer com que muitos equipamentos funcionem e para que procedimentos sejam realizados, gerando receita".* (p.38)

Nesta perspectiva, acreditamos que há dificuldade deste profissional em aceitar o enfermeiro como coordenador da unidade, ainda que esta coordenação tenha enfoque mais articulador do que de decisão propriamente dita.

Por outro lado, há a subordinação de alguns enfermeiros a esse poder médico. Tal fato pode ser explicado historicamente, já que o corporativismo médico existe desde a inserção deste profissional no hospital, no século XIX.

Segundo Gomes (1999)

> *"Ao longo da história da organização das práticas médicas, os determinantes sociais do modo de produção capitalista objetivaram a ação do "cuidar" individualmente o corpo acometido e "recuperar", também individualmente, a saúde desse corpo. Nas sociedades capitalistas, a forma de organização tecnológica do trabalho em saúde transformou o corpo individual em objeto da prática médica; o hospital transformou-se em espaço privilegiado de intervenções diagnóstico-terapêuticas, cujo processo de organização se fez necessário para garantir a relação individual médico-paciente".* (p.65)

Salientamos ainda que muitos enfermeiros se submetem às "ordens" médicas, sem muitas vezes concordar com elas e sem questioná-las, por desconhecimento de aspectos essenciais que compõem a assistência ou até relativos à organização da própria unidade de trabalho. Concordamos com a Diretora do hospital em estudo que há enfermeiros que não têm consciência da importância do seu papel e do seu poder.

Acreditamos que o enfermeiro necessita de um saber que lhe garanta condições de discutir propostas e condutas, tanto relacionadas ao cliente como à instituição. Somente assim, esse profissional terá condições de assumir cargos de coordenação ou gerência e tomar decisões com coerência e segurança.

Reiteramos que além do fato descrito acima, cabe ao enfermeiro, através do uso do seu conhecimento gerencial, tornar viáveis as decisões do grupo de trabalho, estabelecendo com ele uma comunicação efetiva e garantindo-lhe direito de voz e voto.

A aquisição do saber deve ser de iniciativa do profissional, porém deve ser facilitado pela Direção, visto que nesse modelo gerencial, pretende-se que as

decisões sejam tomadas no cotidiano das unidades, diminuindo assim, as atribuições da Diretoria. Para isso, as pessoas que assumem cargos de coordenação ou de gerência devem estar capacitadas.

Ressaltamos que o gerente é fundamental na articulação entre a macro e a micropolítica e tem a responsabilidade de tornar possível aos trabalhadores uma maior visibilidade acerca dos grandes delineamentos do hospital, ao mesmo tempo em que devem projetar o "micro", ou seja, a realidade do cotidiano da instituição na direção superior, tanto para prestar contas do desempenho e dos resultados das equipes como para sensibilizar e orientar as ações dos "de cima", no sentido de atender as demandas dos "de baixo" (CECÍLIO, 1998).

Desta forma, deveria haver um investimento nos enfermeiros em termos de capacitação gerencial para que estes pudessem contribuir mais, tomar decisões coerentes conjuntamente com o grupo de trabalho, além de haver a contratação de outros com maior perfil gerencial, já que a diretora relata ser o enfermeiro o profissional mais apto para exercer tais funções.

Complementa Motta (2002) que

> *"A alta gerência deverá se ocupar da harmonização, através da detecção de pontos fracos e disfunções, criando incentivos para melhoria do padrão de eficiência e eficácia e promovendo interdependências".* (p.133)

Desse modo, acreditamos que, sendo capacitado, o enfermeiro poderia favorecer as ações da equipe multiprofissional através de sua competência e compromisso e da permanência no hospital por mais tempo, o que poderia ser um facilitador para o alcance dos objetivos propostos e para a união do grupo.

4.3.4 O poder

Esta unidade contempla as falas que declaram as opiniões dos entrevistados sobre as alterações ocorridas no poder.

Historicamente, concebe-se o poder estabelecido formalmente na organização. Esse poder institucionalizado, centrado no topo traz características negativas, já que valoriza a autoridade do cargo e deprecia, muitas vezes, o conhecimento, o domínio, as habilidades dos outros profissionais que não ocupam posições de destaque na estrutura organizacional.

Em contraste com essa visão, surge uma tendência contemporânea de gestão que, segundo Motta (2001), visualiza o poder de forma pluralista, descontínuo, distribuído desigualmente por pessoas e grupos organizacionais. Essa visão introduz uma idéia mais positiva de poder, acrescentando-lhe uma dimensão estratégica de capacidade de conseguir resultados. Dessa forma, se antes havia uma preocupação extrema com o que era o poder e onde se concentrava, essa nova visão trata do que o poder faz.

Assim, salientamos que um dos fundamentos da gestão colegiada é reverter as tendências à centralização do poder, tratando os grupos como equipes mais autônomas.

Campos (2000) ressalta que democratizar as relações de poder implica em capacitação dos Coletivos para produzir necessidades para si mesmo e para os outros. Significa capacitar os grupos para interferir no complexo de necessidades que lhe são ofertadas em cada contexto. Analisar e intervir na produção da própria demanda, ou seja, pensar e participar ativamente do que é ativamente buscado. Analisar limites e determinações; imaginar possibilidades de desdobramento, de deslocamento ou de substituição dos objetos desejantes.

Estes aspectos nos remetem ao entendimento de que a descentralização do poder implica em estender a todos o direito e a capacidade de decidir. Para isto, deve haver encontros periódicos que possibilitem aos trabalhadores, em conjunto, o repensar do próprio trabalho além da sugestão de novos rumos à instituição.

Sabemos que se trata de um processo difícil de renúncia de algo que está arraigado, introjetado, uma vez que historicamente uns exercem poder "sobre" os outros não sendo comum o trabalho conjunto, a cooperação e a busca do consenso.

Para Ferraz (2002)

> *"encarar o esgotamento do poder gerencial clássico significa primeiro reconhecer o bom funcionamento do hospital para além das habituais razões que instrumentalizam os modelos de gestão administrativa e assistencial, centrados em decisões tecnoburocráticas e em procedimentos. Em segundo lugar, trata-se de dimensionar os custos da desconstrução da cultura organizacional instalada, a fim de arcar com os investimentos pessoais, coletivos e institucionais solicitados"* (p.22).

Nessa perspectiva, ressaltamos que a inversão no entendimento e na reestruturação do poder é um processo lento, que acontece progressivamente na instituição, na medida em que ocorre adesão por parte dos envolvidos ao modelo gerencial adotado.

Assim, entendemos a preocupação da Diretora do hospital em estudo ao relatar que:

"Eu optei por dever libertar a miséria, libertar os pobres, libertar isso, eu fico pensando aqui nessa instituição na possibilidade das pessoas resolverem, mas acho que as pessoas não querem assumir a responsabilidade da liberdade, porque você tem que resolver assumir para comunicar. Não existe proibição, existem logicamente normas claras, o centro da discussão é o usuário. A gente tem dificuldades quanto à isso. Essa é a minha administração. A instituição trabalha para que os usuários tenham um bom atendimento, logicamente considerando todos os funcionários. É uma coisa do nosso cotidiano, é um trabalho do cotidiano tentar mudar a questão da postura, da compreensão,

isso eu acho que nós mudamos bastante "eu que mando, eu que faço"... Por exemplo, a questão da enfermagem no modelo e a questão do médico, das categorias, cada um tem um olhar". (DG)

Corrobora da idéia da Diretora, a Gerente de Linha Médica ao dizer que:

"Eu acho que houve uma tentativa de descentralização do poder. Acho até que algum poder já foi dado, mas as pessoas ficam com medo dessa divisão, será que está fazendo certo, será que não está fazendo certo... Então assim, houve alguma divisão do poder sim, lógico que houve uma divisão do poder. Mas ainda gera uma sensação de que os fluxos estão meio atropelados, a comunicação com a direção melhorou muito de um mês para cá, mas eu acho que ainda tem que acontecer mudanças na distribuição do poder. Para executar está bom, mas para decidir não, entendeu? Poder para executar, para responsabilização, uma decisão pode implicar em certo ou errado. Você toma uma decisão e pode muito bem cometer erros, concorda comigo? Isso gera um pouco de angústia. Até que ponto você tem esse poder? A gente sabe que a decisão implica num jogo onde a gente pode decidir pelo certo... às vezes você tem tudo institucionalizado, aí nesse caso vem a questão da responsabilização, ela pega mais que o poder". (GLM1)

Sabemos que ao haver a distribuição do poder, há conseqüentemente a distribuição da responsabilidade, o que pode causar certo temor, já que leva à obrigação de responder pelas conseqüências dos próprios atos a até pelos atos de outros.

No entanto, a co-responsabilização tende a levar a um maior comprometimento na busca dos objetivos e metas almejadas. É uma espécie de ponto de partida que, tomando os objetivos comuns como foco de atenção, faz com que os profissionais envolvidos busquem aprimoramento e qualificação que facilite o alcance dos resultados esperados. Além disso, segundo Matus (1994), a responsabilidade obriga à criatividade e a criatividade obriga à descentralização.

Ressaltamos que a busca da descentralização do poder tem como foco central a satisfação do usuário, conforme foi destacado pela Diretora Geral do hospital.

Referem Malta et al. (2004) que

> *"Para se repensar novas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes com a integralidade do cuidado, há que se aprofundar o debate sob novos fundamentos teóricos, particularmente sobre a natureza do processo de trabalho, particularmente a sua micropolítica e a sua importância na compreensão da organização da assistência à saúde. Propostas alternativas de modelagem dos serviços de saúde buscam incorporar outros campos de saberes e práticas em saúde e configurar outras formas de organização da assistência anti-hegemônicas. Estas ações diferenciadas na produção da saúde operam tecnologias voltadas para a produção do cuidado, apostam em novas relações entre trabalhadores e usuários, tentando construir um devir para os serviços de saúde, centrado nos usuários e suas necessidades e estabelecendo um contraponto à crise vivida pela saúde"* (p.7).

Percebemos que tem havido um deslocamento no processo de trabalho em saúde. Se antes era centrado em procedimentos, no trabalho fragmentado, mecanizado, atualmente é esperada a garantia da integralidade do cuidado, a acessibilidade do usuário aos serviços, comodidade, segurança no atendimento e qualidade no tratamento.

Apesar do temor pelo risco da responsabilidade compartilhada, notamos que há um desejo por parte dos trabalhadores envolvidos de conceber um sistema de poder descentralizado e centrado no usuário, onde a autoridade centralizada na cúpula administrativa dê lugar a vários grupos de autoridade com possibilidades de colaborar com idéias, sugestões e, conseqüentemente, relativizar o poder.

Tal fato fica comprovado na maioria das respostas dos profissionais entrevistados:

"Totalmente distribuído. Só centraliza o poder na direção quem quer, quem é dependente, porque tem o profissional que é dependente. Por mais que você fale, tem pessoa que é eternamente dependente, não falo nem que é de direção, é de uma palavra de pai ou mãe. Mas para quem é mais descolado, que é mais solto, é muito mais tranqüilo. Então quer dizer, você acaba dividindo o poder, o poder não é seu, entendeu? Todo mundo tem o poder. Eu falo sempre isso com a minha equipe: "eu não sou a chefe de ninguém, sou coordenadora. Então é tipo assim, eu sou a maestrina do pronto socorro, mas se por algum motivo eu me afastar vem outro, pega a batuta e continua entendeu, continua tocando a ópera porque não dá pra parar". (CM1)

"É... nesse poder todo mundo decide um pouquinho, né. Nesse modelo agora você tem autonomia para não chegar no caso, na direção. Só se o problema for muito sério. Antes vinha de cima para baixo, agora houve uma igualdade". (TE3)

"Nesse hospital há uma distância pequena, então a negociação é constante. Você tem que estar negociando apoio por vários, vários meios, o que a gente conseguir... A gente coloca na reunião que tem um projeto e coloca que é importante o apoio de todos. É cansativo para os coordenadores, mas acaba que todo mundo participa do projeto de todo mundo". (CM2)

"Eu acho que na grande maioria foi descentralizado, porque se eu tenho alguma coisa para resolver eu vou direto na Gerência de Linha. Então, na maioria da vezes eu fui comunicando pessoalmente e na grande maioria das vezes é acertado junto com o pessoal de enfermagem. Eu sempre digo aos funcionários que se no momento em que precisarem não tiver ninguém aqui para dar um suporte, que procurem resolver com mais bom senso. Pode até ser que não seja a melhor atitude, mas depois eu vou estar avaliando isso" (E7).

Percebemos pela análise das falas que há um forte impulso para estimular a diluição do poder nos grupos, visto que deve se valorizar habilidades e contribuições individuais e favorecer a continuidade do trabalho, já que nem sempre os coordenadores ou gerentes estão presentes.

A diluição do poder e a co-responsabilização são instrumentos fundamentais para que os grupos alcancem, de maneira eficiente e eficaz, os objetivos propostos e assim possam satisfazer um grande número de interesses sem prejuízo de outros. Desta forma, poderia-se reduzir significativamente os conflitos entre os indivíduos ou grupos.

Corroboramos da visão de Motta (2001) quando diz que

> *"Solução de conflitos – significa a possibilidade de considerar a diversidade de interesses na construção de uma nova consciência e compromisso sobre a mudança. As rupturas violentas geram conflitos de interesses, fazendo uns prevalecerem sobre os outros sem noção clara de conseqüências. À medida que se programam rearranjos nas coalizões de*

> *interesses, reduzem-se as oposições e facilita-se a solução de conflitos. As negociações constantes ajudam a construir uma visão comum e compartilhada sobre a inovação"* (p.145).

Acrescentamos que conflitos sempre existirão, já que as pessoas são diferentes, têm visões diferentes, opiniões diferentes. No entanto, concordamos com Matus (1993) quando diz que

> *"A própria democracia é um jogo de cooperação e de oposição. Na ausência de cooperação o jogo fecha-se e explode em uma escalada crescente de tensão conflitiva. Mas, sem oposição entre as partes, desaparece a consulta democrática, e a alternativa são os acordos de cúpula. O confronto é portanto essencial para a diferenciação política no campo ideológico e para a gestação do consenso dominante"* (p.16).

Assim, ressaltamos o aspecto mais positivo dos conflitos gerados da busca de negociação constante, do poder de persuasão, enfim, da tentativa de se chegar o mais próximo possível de um consenso.

Desse modo, compartilhamos da visão de Cecílio e Merhy (2001) quando dizem que os gerentes e as equipes devem ser dotadas com alguma teoria e alguma competência prática para trabalhar o conflito, fazendo dele matéria-prima da gestão.

Salientamos que os conflitos não devem ser "abafados", nem tampouco depreciados, mas trabalhados, já que surgem a partir de visões divergentes. Acreditamos que essas tensões podem ser benéficas na medida em que os indivíduos tendem a defender sua idéia. Nessa perspectiva, concordamos com Cecílio (2002b) quando coloca que aposta na idéia de uma melhor capacidade de compreender o que os conflitos estão falando, denunciando, poderia contribuir para mudanças substantivas no cotidiano das organizações.

Não estamos negando o conflito, mas sim apostando em uma estratégia de negociação, já que o modelo gerencial vigente prevê espaços compartilhados de

discussão entre os diferentes elementos que compõem a equipe. Dizemos isto porque, em alguns relatos, ficou novamente constatado a dificuldade de aceitação pelo enfermeiro do médico enquanto coordenador:

"Não, eu não acho que o poder foi distribuído. Eu acho que o enfermeiro deveria ser ouvido um pouquinho mais. Na UI, no CTI, o enfermeiro fica ali o tempo todo, na Clínica Cirúrgica, na emergência principalmente, o enfermeiro trabalha muito, muito, muito, e eu acho que a coordenação deveria dar um pouquinho mais de chance aos enfermeiros". (E8)

"O poder não está centralizado na direção; a nossa perda de poder foi nas próprias unidades, por causa da situação, de não ter uma coordenação de enfermagem. Já houve melhora por causa da gerência, então já foi um grande passo, então eu acho que agora vai funcionar melhor". (E9)

"Eu acho que está centralizado. Aqui onde eu trabalho está centralizado na coordenadora, em cada coordenador. Cada coordenador decide as coisas do seu setor, então ele tem a liberdade de decidir tudo. Ela faz reuniões, ouve, mas quando você tem que dar uma...sei lá... uma advertência verbal assim, tal, você pode, porque isso é da sua competência, mas eu tenho que comunicar tudo direitinho, falar o por quê. Muitas vezes eu não tenho nem a liberdade de atuar com a minha equipe. Ela tem o controle de tudo ali dentro e quer ter o controle de tudo". (E10)

Percebemos pela análise das falas que alguns enfermeiros entendem, ao contrário dos demais profissionais, que houve perda do poder, uma vez que o coordenador é médico.

Ferraz (2002) relata que

> *"O individualismo do corpo médico, a hegemonia herdada historicamente os têm sustentado em uma relação de distanciamento dos demais profissionais, veiculando em muitos momentos a imagem de uma deidade separada do conjunto, assegurando a estrutura do seu trabalho na ordem do privado, ou seja, a interdisciplinaridade não tem ganhado horizontalidade do médico, na medida em que a sua autonomia individual está acima do conjunto das demais categorias profissionais"* (p.92).

Reiteramos que, se antes o enfermeiro resolvia os problemas, tomava as decisões relativas à assistência e ao cotidiano de trabalho da equipe, hoje se sente desprivilegiado por ter que compartilhar com o coordenador médico essas decisões.

Assim, entendem que o poder que detinham foi suprimido, enquanto que o médico adquiriu poder suplementar.

Concordamos com Cecílio (1999) que as possibilidades de uma parte controlar ou influenciar a conduta da outra, a ação de alguns sobre os outros ou alguém fazer algo que não faria, por imposição do outro, são manifestações visíveis ou a apresentação fenomênica do poder.

No entanto, cabe ressaltar que as características individuais são essenciais para a compreensão dessa problemática. Vejamos as falas a seguir:

"Bom, as alterações ééé... é basicamente isso, é um pouco da dificuldade do enfermeiro em estar lidando com essa autonomia que foi dada para ele, né, trabalhando junto com a gerente, quer dizer, junto com os coordenadores da unidade. Exige um certo tempo para ele se acostumar a sentar com o médico da unidade e decidir as coisas". (GLE1)

"Com certeza o poder descentralizou, isso com certeza. Eu acho que a gente tem que se adaptar melhor ao modelo. Eu acho que o modelo é bom, mas um questionamento que eu faço, por exemplo, a este modelo, é o papel do enfermeiro no hospital, da supervisão de enfermagem. É... no modelo a coordenação não precisa ser constituída por médico, ela pode ser constituída por enfermeiro, pelo médico ou qualquer outro profissional. Só que o que acontece, né, na linha assistencial diretamente acaba que o médico que fica com a coordenação. É, na linha assistencial, não no apoio logístico e aí eu acho que o coordenador centraliza muito, questões que se houvesse uma chefia de enfermagem poderia andar melhor em conjunto. É um poder descentralizado que centraliza às vezes no setor com o coordenador... Eu acho que o grupo de enfermagem tem que ter alguém para... ela tem que ter um suporte. Eu até tento fazer esse papel. Só que, por exemplo, equipamentos, tudo que ás vezes a enfermeira é muito mais capacitada do que nós médicos, equipamentos, CCIH, controle de tudo, fica muito centralizado. Acaba que tudo tem que passar por mim. Elas não se sentem é... com "poder" entre aspas para fazer isso". (CM3)

"O poder de uma certa forma fica bastante diluído e em conseqüência disso as responsabilidades ficam bastante diluídas, né, então enquanto cada unidade tem o poder de estar resolvendo algumas coisas, automaticamente a carga de responsabilidade às vezes aumenta. Quando você tem no setor um enfermeiro resolutivo, que é característica dele ser resolutivo, é ter iniciativa, esse modelo facilita muito para ele e aí ele acaba sendo muito mais resolutivo usando essa autonomia de uma forma positiva. Quando o enfermeiro não tem essa característica, e às vezes trabalha com um coordenador que é mais centralizador na característica dele e autoritário, isso amarra muito o trabalho do enfermeiro. Aí o enfermeiro acaba se fechando num casulo a aí a

coisa fica meio parada e aí o coordenador acaba assumindo o papel do enfermeiro ou o enfermeiro assumindo atribuições que seriam do coordenador acatando essas atribuições como se fossem dele, né e aí meio que bloqueia o trabalho do enfermeiro na unidade". (GLE3)

Notamos que as características pessoais que compõem o estilo de agir de lidar com as diferentes situações, podem ser um fator complicador para o sucesso desse modelo. O enfermeiro que se sente impotente perante o médico pode impossibilitar o enfrentamento de problemas que são comuns. Por outro lado, o profissional médico que é centralizador, muitas vezes tem dificuldade de compartilhar e acaba exercendo um poder verticalizado, o que vai contra a proposta gerencial atual.

Concordamos com Spagnol (2000) quando relata que diversos estudos mostram que ao longo dos anos, o profissional médico vem exercendo seu poder hegemônico de diversas formas no desenvolvimento do trabalho em saúde. A idéia de que o paciente é "propriedade" exclusiva deste profissional é uma das formas de manifestação do seu poder. Mas, apesar deste fato ser um aspecto historicamente construído, portanto difícil de ser desmistificado, podemos dizer que esse mito da figura do médico, como profissional que detém o poder e o controle absoluto do processo de trabalho em saúde, após a implantação do novo estilo de gerência, está gradativamente sendo revertido, uma vez que a proposta é desenvolver as ações de saúde numa perspectiva em que se considere relevantes os saberes de todos os trabalhadores da equipe multiprofissional.

Assim, entendemos que não é possível negar a importância da interdisciplinaridade e complementaridade das ações realizadas na instituição. Para isso, deve haver um real investimento na qualificação em termos gerenciais dos elementos envolvidos. Somente assim, poderão discutir em condições de igualdade

o melhor caminho a seguir. Acrescentamos que o sucesso deste modelo está também relacionado ao reconhecimento, mesmo que gradativo, pelo profissional médico, da importância dos saberes dos demais profissionais da saúde, especialmente o da enfermeira, que desenvolve a gerência no seu cotidiano de trabalho.

Vale ressaltar que alguns técnicos e auxiliares de enfermagem não reconhecem que houve distribuição de poder, fato comprovado nos seguintes relatos:

"É, ainda continua um pouco o poder lá na direção, mas hoje fica mais fácil para a gente lutar, entende, porque aí você tem mais ééé... meios de recorrer". (AE1)

"Para mim está tudo igual. Tem o RH para resolver certas coisas". (AE9)

Os auxiliares e técnicos de enfermagem acima entendem que o poder ainda encontra-se centralizado nas pessoas que ocupam cargos hierárquicos superiores. Na verdade, eles continuam se reportando ao enfermeiro quando se deparam com alguma dificuldade para que este decida o que fazer, fato que demonstra que estes elementos não foram inseridos neste modelo de gestão. Vale ressaltar que a maioria deles percebe a mudança na distribuição de poder, porém não reconhecem que essa distribuição tenha sido compartilhada com os níveis mais elementares:

"O poder foi distribuído. O coordenador tem autonomia para resolver". (TE2)

"O poder está nas enfermeiras e no pessoal de linha. A Gerência de Linha resolve os assuntos sem precisar ir lá na direção. Dividiu mais, há mais facilidade e a resposta é imediata". (AE4)

"Ficou melhor, porque você tem sua coordenadora, né, a enfermeira do seu setor. Então você tem mais poder hoje". (AE6)

"A Gerência de Linha, a enfermagem, né,superior tem poder para resolver sim". (TE5)

Ressaltamos que, neste modelo gerencial, todos os membros da equipe podem e devem participar da elaboração de propostas que visem a melhoria do processo de trabalho, sem que haja, no entanto, lugares privilegiados de poder. Os técnicos e auxiliares de enfermagem concordam que o poder foi compartilhado e que há maior resolutividade ao nível da própria unidade de trabalho, porém quem decide ainda são os elementos que têm poder formal, ou seja, o enfermeiro e o coordenador com auxílio da Gerência de Linha e da Direção do hospital.

Ferraz (2002) coloca que

> *"No que se refere à relação entre os profissionais de nível superior e os de nível médio, a situação histórica é de submissão dos menos graduados ao controle tecnoburocrático e, neste sentido observamos com grande preocupação que esse conjunto profissional mostra-se domesticado, expressando seu desinteresse, apatia, indiferença, desencantamento para com o trabalho"* (p.90).

Nesta perspectiva, entendemos que a submissão ainda é inerente aos funcionários de nível mais elementar, o que pode prejudicar a sua inserção no modelo gerencial adotado. Por outro lado, não identificamos nenhuma estratégia de "incorporação" destes elementos ao modelo, de forma a gerar consensos em âmbito mais geral e realmente com uma equipe multiprofissional.

Este fato confirma que o hospital não implementou estratégias efetivas de diluição do poder de forma a gerar nos profissionais, inclusive os de nível médio, um engajamento em prol de objetivos comuns. Também não houve o estabelecimento de um trabalho grupal que vise a cooperação e a busca de decisões que aflorem do conjunto de elementos que compõem a equipe. Pelo exposto, fica evidente que a instituição ainda mantém traços do poder de mando-subordinação descrito por Weber e do poder exercido por meio do disciplinamento e controle das ações relatado por Foucault, o que contribui com a descaracterização do Modelo de Gestão Descentralizada.

Entretanto, podemos afirmar que houve certa relativização do poder, uma vez que cada coordenador tem governabilidade para decidir questões do cotidiano de trabalho no âmbito da própria unidade. Essa diluição do poder acontece apenas ao nível de Gerência de Linha e Coordenação, não atingindo o pessoal de nível elementar, o que nos leva a crer que é uma descentralização parcial do poder nas unidades. Porém, cabe destacar que essa autonomia das Gerências e Coordenações não é extensiva à questão dos recursos financeiros:

"É, alguma coisa fica mesmo centralizado. Eu acredito... principalmente a questão financeira, né. Hoje a gente tem até uma preocupação que está latente no hospital nesse momento que é a questão de dinheiro mesmo. Antes era só uma coisa que era só controlado é... mais ostensivamente pela direção, hoje isso já está mais coletivizado, mas o poder de decisão, essa questão é mesmo um poder da direção. Mas na área de resolução de problemas assistenciais e qualquer outro tipo de problema gerencial, seja técnico, eu não tenho esse tipo de problema não, a gente é bastante ouvido". (CE1)

"A direção dividiu esse poderes, muitas decisões que eram tomadas na época antiga, eu já peguei a época antiga, diretor geral tomava todas as decisões, né, tudo passava pela direção geral. Muitas dessas coisas foram realmente divididas para os gerentes, então problemas do dia-a-dia, escalas de

férias e de reposição... a gente não tem autonomia, por exemplo, em recursos humanos, esse é o nosso grande problema no hospital, então nós estamos atravessando uma fase difícil porque nós estamos precisando de gente, estamos com falta de recursos humanos na clínica, no CC e nós já solicitamos, já foram feitas várias reuniões com o prefeito, a direção vai, o pessoal de gerência de linha participa dessa reunião e essa coisa está meio travada, a prefeitura fica amarrando, então essa coisa foge da nossa competência. Decisões do dia-a-dia que eram tomadas pela direção, a gente toma essas decisões". (CM5)

"Acho que agora com as gerências de Linha ficou melhor, mas pro gerente ficou pior porque tudo chega no gerente. Às vezes acontece um pouco de centralização também e a dificuldade básica é por causa da prefeitura. A gente não tem a autonomia que a gente precisava". (CM2)

"O hospital está com uma dificuldade financeira muito grande, então o estímulo de planejar o crescimento das unidades está praticamente enterrado. As idéias, as incrementações no sentido de você melhorar a complexidade, crescer... Estamos estagnados há mais de um ano. Há quase dois anos o hospital não cresce mais, isso é uma dificuldade muito grande que a gente não foi acostumado a ter. O Hospital São João Batista sempre teve uma autonomia financeira e com esse processo democrático das unidades poderem planejar o que elas queriam de crescimento, de modificações, inclusive estrutural, o hospital cresceu muito. Hoje isso está muito prejudicado, a gente está tendo muita dificuldade. A gente perdeu a autonomia, governabilidade mesmo, a gente teve mais autonomia de contratação, de seleção de pessoal". (GLM2)

Conforme já relatamos, cabe à Prefeitura maior flexibilização da autonomia acerca dos recursos financeiros, de modo que conceda à instituição maior governabilidade, especialmente no que tange ao recrutamento e seleção de pessoal. Esse fato torna-se emergente uma vez que não é requisito desta proposta gerencial a centralização do poder em nenhuma instância.

4.3.5 O reflexo das mudanças

Esta unidade contempla a análise das falas que esclarecem como foram sentidas ou percebidas as mudanças decorrentes da implantação desse modelo contemporâneo de gestão.

Conforme relatamos, a mudança organizacional pelo qual vem passando o hospital em questão se deu por uma necessidade de reestruturar a saúde do município, especialmente do nível primário de atendimento. O forte movimento da Saúde Pública presente na década de 90 instigou o processo de mudança. O principal objetivo foi o de "re-construir" o hospital tendo como base o Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, de garantir à população uma instituição pública, gratuita, comprometida com os princípios da eqüidade e da universalidade do atendimento.

Para que esta mudança fosse possível, foi essencial a existência de pessoas estratégicas, internas e externas ao hospital. Dessa forma, foi feito o recrutamento de alguns profissionais que já faziam parte do quadro de pessoal. Além dos atores internos, Cecílio (1998) coloca que atores "externos" tiveram um papel muito importante neste momento. Acrescenta que

> *"(...) a proposta da construção de um hospital público fazia parte de um ideário político mais amplo, agora uma "proposta de governo"... Então, havia o "de fora" que legitimava os movimentos internos iniciais da diretoria que, com o passar do tempo, se autolegitima pela competência e tem cada vez mais governabilidade e autonomia para tocar as mudanças..."* (p.7).

Desse modo, entendemos que modelo de Gestão Colegiada surgiu com o intuito de democratizar o cotidiano da organização, estimulando o compromisso com a qualidade de atendimento. Há que se considerar que o sucesso dessa implantação está atrelado à adesão das pessoas, uma vez que esse modelo tem um dos pressupostos voltado para o compartilhamento do poder e da tomada e decisão.

Concordamos com Motta (2001) que *"o processo de mudar consiste na busca da verdade através da articulação das idéias para se chegar a um todo coerente"* (p.43). Complementa que a mudança organizacional ocorre quando se altera a maneira das pessoas pensarem. Portanto, a única forma de mudar é inculcar novos valores ou rearticular antigos para instituir um novo sistema de crenças.

Nesta perspectiva, entendemos que todo processo de mudança só é possível quando há percepção dos indivíduos envolvidos sobre a necessidade de mudar.

No hospital em questão, apesar de ter sido implantada em 1993, a mudança gerencial foi sentida pelos funcionários a partir de 1994, conforme relatado anteriormente.

Conforme já salientado, o processo gradativo de incorporação do modelo foi essencial para a concretização do mesmo, visto que o modelo Tradicional de Gestão, baseado na Abordagem Clássica da Administração está arraigado à maioria das instituições e especialmente aos funcionários mais antigos:

"É assim, eu tenho aceitação (do modelo) e tenho a resistência, as duas coisas, sendo que a aceitação é maior. A partir do momento em que é justificado o porquê daquela decisão, o porquê daquela orientação, daquela ordem, a partir do momento que você justifique, que você mostre né, que você comunique, porque é a melhor forma de se fazer, entendeu, você tem adesão total. É claro que aquelas pessoas, vamos colocar assim, principalmente as mais antigas, que já têm um costume de fazer dessa forma, de acharem também que da forma que ia acontecer é melhor, a gente tem isso também, mas isso em pequeníssima escala". (E1)

"Olha, eu identifico que é muito positivo, porém algumas pessoas ainda não se acostumaram a esse modelo descentralizado e... às vezes a gente sente que o funcionário, principalmente o meu setor que tem o maior número de funcionários antigos, têm uma certa dificuldade de se adaptar. Eles sempre fazem menção ao outro tipo de gestão. São pessoas que precisam de alguém pra mandar, pra decidir, né. Éé... mas assim, eu lido com isso no meu setor com muita facilidade porque eu costumo dar muita liberdade às minhas funcionárias para

colocar as idéias do como elas fariam determinada coisa, como seria a execução daquilo". (CE1)

"Olha, aqui existem muitas pessoas que não enxergam o modelo, principalmente as mais antigas. Mas as pessoas que entendem isso como modelo, elas precisam, elas conseguem participar, elas conseguem entender e aproveitar as propostas e ver estas decisões do micro que vão depois para o macro". (CM2)

"(...) Ainda não tem adesão de todas as pessoas, especialmente dos mais antigos. Tem cenas de cotidiano e até mesmo no processo de trabalho que cada semana muda, né, a cada mês muda de profissionais, isso é difícil. O ponto negativo que eu vejo é que todo mundo ainda tem aquele modelo normatizado na cabeça, né, de organograma e tal. Ainda vejo a questão do próprio profissionalismo também, tem pessoas que acham que tem que ter uma pessoa pra estar gerenciando, pra estar mandando, e na verdade, não é isso, cada um tem que saber das suas responsabilidades e trabalhar em equipe(...)" (GLE2)

Notamos que os funcionários com maior tempo de exercício profissional têm maior dificuldade de se desprender do modelo anterior. Sabemos que, no Modelo Tradicional de Gestão, é inerente ao enfermeiro a atividade gerencial e, conseqüentemente, a articulação entre os profissionais que intervêm junto ao usuário. Desta forma, é compreensível que está introjetado nos profissionais de nível médio o enfermeiro enquanto "chefe" da equipe de enfermagem. Um "chefe" implica em que guie as ações dos subordinados, que resolva os problemas para ele, enfim, alguém que pense por ele.

Acreditamos que os funcionários acostumaram a ter alguém que conduza suas ações sem cobrar-lhes a responsabilização e a participação. Entretanto, um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de "capacidade de direção" entre o conjunto das pessoas de um coletivo e não somente entre sua cúpula. Assim, há neste modelo mais contemporâneo a diminuição da distância entre governantes e governados, além de assegurar a formação de compromisso e responsabilização entre os profissionais, características estas que os funcionários não estão acostumados a ter (CAMPOS, 2000).

Segundo Motta (2002) *"os indivíduos chegam à organização para se adaptarem a tarefas predefinidas, independentemente de quem irá exercê-las" (p.124).* Essa forma comum de se organizar o trabalho tem como conseqüência a subutilização ou a não utilização das habilidades individuais, o bloqueio da criatividade e o estabelecimento da rotina de trabalho que leva à baixa satisfação e ao desinteresse.

Sabemos que o baixo nível de satisfação leva a pouco compromisso com a instituição e a pouco interesse e esforço profissional. Isto é o que acontece e que está enraizado nos profissionais, especialmente nos mais antigos. O baixo comprometimento permite a eles realizar suas tarefas, muitas vezes de forma mecanizada e ir embora ao cumprir sua carga horária, sem qualquer envolvimento ou preocupação com o grupo de trabalho, fato que transgride os pressupostos da Gestão Participativa.

Por outro lado, notamos que não houve total acolhimento dos profissionais de nível mais elementar por parte da instituição, ou seja, não foi feito um investimento maior por parte da organização para que estes funcionários se engajassem e se incorporassem ao modelo. Segundo Pires (1999) as instituições assistenciais não trabalham com planejamento a não têm uma prática de participação dos trabalhadores no pensar e organizar o trabalho, perdendo a riqueza de participação dos diversos grupos profissionais, bem como não fazem a integração interdisciplinar que possibilitaria um salto qualitativo no patamar de conhecimento e da prática assistencial em saúde.

A este propósito, seguem-se os fragmentos dos discursos de alguns profissionais:

"Eu não sei se essas mudanças chegam a interferir. Na verdade, no cotidiano deles não, porque eles têm o enfermeiro ali com eles, né. Então eles têm o enfermeiro em todos os lugares onde têm auxiliares e técnicos de enfermagem e podem se remeter ao enfermeiro sem nenhum problema. À tarde, a maioria das unidades também têm enfermeiros e isso respalda os técnicos e auxiliares também.E o enfermeiro fica por conta dessa mudança que eu já falei, das dificuldades que eles encontram, mas que eu não sei se chega a interferir no cotidiano deles. Talvez interfira no cotidiano a ausência do coordenador, sobrecarga que cai no enfermeiro. As soluções de problemas do cotidiano que acabam recaindo no enfermeiro". (GLE1)

"Para mim não mudou em nada. Não houve alteração nenhuma". (TE1)

"Olha, pra mim, eu faço o que eu fazia antes". (TE6)

"Pra falar a verdade, mudanças assim é difícil notar, sabe? A parte de enfermagem, a parte de técnico de enfermagem, assistente de enfermagem não alterou muita coisa não. Agora a enfermagem superior eu acho que sim, porque existiam muitas enfermeiras no hospital na época antiga e cada uma era chefe de um setor, né. Hoje não, não tem chefia de enfermagem, você tem supervisão de enfermagem. Então as enfermeiras que são, por exemplo, plantonistas à noite, o pessoal da supervisão, fica uma supervisão noturna que é responsável pelo plantão noturno e no dia-a-dia você tem alguns enfermeiros que fazem parte desse grupo de apoio". (CM5)

Os relatos evidenciam que os técnicos e auxiliares de enfermagem continuam se reportando ao enfermeiro como faziam antes, sendo que para alguns deles, a mudança gerencial não trouxe alterações no seu cotidiano de trabalho.

Para Guimarães (2004)

> *"(...) para que ocorram mudanças no sistema de saúde, é necessário haver uma transformação na prática das ações de saúde, por meio do envolvimento dos profissionais com o serviço e com o paciente, proporcionando uma maior resolutividade. Em conseqüência, espera-se uma transformação na forma de organização da instituição para responder às necessidades do novo modelo gerencial"* (p.36).

Acrescenta que essa nova lógica rompe com a dicotomia estabelecida na atenção ao paciente, em que "cada profissional faz a sua parte", possibilitando uma visão integral da assistência e a participação de todos os profissionais no novo desenho organizacional.

Desta forma, acreditamos que deva ser feito um investimento maior por parte da instituição, para que se consiga agregar estes profissionais à equipe. Reforçamos que sua adesão é imprescindível para a concretização da mudança de cultura na organização o para o maior sucesso do projeto de gestão.

Destacamos que grande parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem considera que a mudança tem sido uma experiência positiva:

"Se você tem algum problema você procura a chefe imediata e ela procura resolver sem ir até a gerência de linha, né. E... ás vezes uma pessoa só delegando para a instituição toda, fica difícil resolver a situação. Demorava mais, era mais lento". (TE2)

"Foi positivo porque a gente sentiu né, que a gente tem um pouco de valor. O pessoal te escuta, te dá atenção". (TE3)

"Bom, é positivo. Olha só, você tem um paciente aqui de ortopedia. Nós temos um problema com o ortopedista, ele não está passando visita, a gente chega na enfermeira e ela vai atrás. Na hora é resolvido. Liga pra ele. Aqui na cirurgia tinha um médico que atrasava, não passava visita. A gente tinha que ficar muito atrás pra tudo. Depois que surgiu a Gerência de Linha, melhorou muito. A gente passa pra elas (as enfermeiras). Então não é a gente resolver, elas é que resolvem, mas ficou melhor. Os médicos dão muito mais atenção pra elas do que pra mim". (AE2)

"Eu acho que é positivo sim, porque a gente tem mais apoio, a gente tem onde chegar. Por exemplo, se a gente chega e fala com a supervisora da enfermagem. Se ela acha que tem algum problema, vai lá, conversa com eles e aí eles decidem o melhor pra gente". (AE5)

"Ah, eu acho que mudou sim, que é bem melhor do que antes, porque antes era bem mais difícil pra gente se comunicar, pedia as coisas e nada resolvia, demorava, entendeu? Agora não, agora é bem rápido". (TE5)

"Porque antes parecia que a gente era mais oprimido, né, e hoje já não acontece, já abriu um espaço pelo menos pra gente falar alguma coisa, teve muita melhora, né. Sou mais livre pra fazer as coisas". (TE9)

Percebemos pelas respostas que grande parte dos funcionários relata que houve alteração gerencial, porém continuam se dirigindo ao enfermeiro para que ele busque a resolução do problema. Reiteramos que há percepção de que há maior

liberdade para se expressaram e, principalmente, maior valorização do potencial humano do trabalhador.

Corroboramos da visão de Leopardi (1999) que o cuidado na saúde aparece como resultado de um processo de trabalho coletivo em que todos os profissionais envolvidos põem em prática um corpo de conhecimento transformado em técnica, para interferir no processo de saúde dos indivíduos, seja em seus aspectos mais imediatos, corporificados sob a forma de doença, seja nos seus aspectos mais mediatos, tais como na informação para a saúde e na organização das condições para a prestação da assistência.

Salientamos que os profissionais de nível superior, em sua maioria, também relatam que as mudanças gerenciais refletiram positivamente sobre a equipe de enfermagem:

"Eles estão trabalhando bem melhor. Você sabe porque? Por exemplo, nos outros hospitais a coisa é tão hierarquizada e ela é tão agarrada a dogmas, "não, isso tem que ser assim, tem que ser assado, tem que falar com fulano, tem que falar..." e você acaba que prende, as pessoas não tomam nenhuma decisão porque tem que falar com alguma pessoa, né. E assim... é muito interessante. No meu setor eu sou médica e coordeno a enfermagem e os médicos, né. Então, a enfermagem que trabalha de acordo comigo, que é o meu GAG, ela toma decisões que muitas das vezes eu não sei, eu vou saber horas depois que eles tomaram a decisão, dias depois ou me comunicam por telefone, tipo assim, "olha, estamos parando o atendimento porque está super lotado, porque a gente vai dar uma limpeza na casa, organizar os doentes todos, verificar medicação para aí voltar o atendimento. Vamos ficar só com o risco de vida." Então é só para ter o aval, porque eles não estão me pedindo para parar o atendimento. Eles já estão parando o atendimento, entendeu? Então quer dizer, isso aí pro trabalho da enfermagem é muito, eu acho que é muito mais tranqüilo. E a equipe é muito mais coesa porque a pessoa, o chefe entre aspas, o coordenador, você passa no corredor e pega "olha, aconteceu isso, isso e isso, estamos com esse problema...". (CM1)

"(...) A relação com os funcionários é uma relação legal, porque a gente tem como estar discutindo entre a gente mesmo e não tem aquela coisa "ela é minha chefe, então vamos abaixar a cabeça pra ela". Questionam, às vezes acham que não está correta, questionam mesmo e aí a gente tem que argumentar, tem que passar por um processo até de conquista mesmo, de, de convencimento. É, esse modelo faz a gente trabalhar muito isso e trabalhar com os funcionários. Não é "eu mando e você fica quieto". Você tem que convencê-lo que o caminho que você quer seguir é o caminho ideal e aí, eu acho legal, quando você consegue convencê-lo você tem alguém do seu lado". (E2)

"A introdução das Linhas pelo menos possibilitou as pessoas de terem um espaço de discussão maior, né, e dos próprios coordenadores e dos GAGs formados também, que é o grupo de enfermagem. Então existe maior espaço, sabe, não tem mais aquela coisa de subir a escada e ir na direção, porque tudo é aqui mesmo. Eu acho que é isso aí, eu acho que deu mais possibilidade de ficar mais próximo da assistência e de avançar a atuação. Então você está mais perto pra estar discutindo as coisas da enfermagem, mas sinto também que ás vezes, a falta desse modelo estar estabelecido gera uma certa insegurança nas unidades, entendeu? As pessoas buscam alguém que está todo dia, conversam, mas a gente sabe que eles precisam aguardar a resposta da direção... Agora na enfermagem, eu percebo que fica bem mais próximo do trabalho da enfermagem, no cotidiano conversa com todos, participam, participam nas atitudes de planejamento, a gente tem as Gerências de linha onde eles participam também, a gente entende que o trabalho tem que acontecer junto ao posto de enfermagem". (GLM1)

"Isso é interessantíssimo também porque olha só, não existe no nosso organograma uma centralização por profissão, vamos dizer assim, por categoria, né, porque não existe divisão médica, não existe divisão de enfermagem, então todos os funcionários estão dentro daquela coordenação, então eu não tenho uma enfermeira chefe que vai se reforçar, que vai me dizer quantos funcionários eu preciso e vai então me ceder esses funcionários, como também não existe uma divisão médica que vai se reforçar dizendo quantos médicos eu preciso e aí vai me dar o número. Na coordenação da UTI, é a própria coordenação que define quantos médicos você precisa, quantos enfermeiros você precisa e a discussão é linear, discute de igual pra igual, no mesmo nível. Isso é muito positivo, porque a solução brota ali na hora". (CM4)

"Cada um aqui no setor, sabe da sua responsabilidade. A cobrança não é tão grande, o trabalho a gente já sabe, o trabalho é uma rotina aqui, não tem intercorrência como em outro setor, tem alterações até porque é um CTI, mas cada um sabe o seu trabalho, a sua obrigação, você não precisa estar pedindo, estar forçando ninguém a trabalhar, é muito mais simples, é muito mais claro e outra, as decisões são em conjunto, isso que é importante". (E4)

Notamos que os profissionais de nível superior têm maior clareza deste estilo gerencial. São eles que ocupam cargos de dirigentes nas unidades e, portanto, revelam nas falas uma postura mais sensível perante os funcionários na tentativa de despertar neles maior credibilidade no modelo. Cabe ressaltar que embora tenham este discurso, alguns profissionais não participam ativamente da micropolítica institucional, o que revela a discrepância entre o que é preconizado "teoricamente" pelo modelo gerencial adotado e o que é vivenciado no cotidiano, principalmente pelos profissionais de nível médio.

A postura contemplativa dos dirigentes deve ter um caráter de acompanhamento de perto e contínuo da turbulência institucional originária da metamorfose que está se operando no ambiente hospitalar, provocada pelo renascimento sucessivo dos valores individuais e coletivos. Portanto, os dirigentes não devem encastelar mais em suas salas, estando o tempo todo com a base analisando fatos e situações do dia a dia (FERRAZ, 2002).

> *É esta configuração que delimita a mudança que está sendo viabilizada, permitindo matizar um corte epistemológico sobre a administração hospitalar, saltando de uma lógica que dispunha os dirigentes distantes da produção e com total poder de decisão para uma outra em que predomina a horizontalidade"* (p.42).

Salientamos que se torna imprescindível o aprimoramento do conhecimento teórico-prático, já que, para conseguir a adesão dos membros que

compõem a equipe, os dirigentes precisam conscientizar, convencer, acerca da importância de determinada ação ou conduta.

O conhecimento é um poderoso instrumento do trabalhador, seja para sua desalienação, seja para habilitá-lo para as atividades necessárias (LEOPARDI, 1999).

Assim, o saber auxilia a incrementar o poder de argumentação e contribui para influenciar a interação entre as pessoas, bem como o comportamento delas.

Cabe ressaltar então que a Direção do hospital tem investido na qualificação gerencial dos médicos, enfermeiros, psicólogos, com o intuito de possibilitar maior compreensão dos aspectos que envolvem o modelo gerencial participativo. Dessa forma, estes profissionais conseguem garantir a resolutividade de grande parte dos problemas que ocorrem no cotidiano das unidades, sem que seja necessária a interferência da Direção.

Ratificamos que esta discussão ocorre de forma mais horizontalizada dependendo do perfil do coordenador:

"Eu acho que é positivo, eu não reclamo da parte da gerência, dessa parte participativa, vamos dizer assim. O modelo é bom, mas alguns médicos que ocupam alguns cargos não têm capacidade, eu vejo dessa maneira. Eu acho que deveriam te dar uma chance, alguns tentassem mudar, porque o modelo só funciona se o coordenador for ativo. Se o coordenador não for ativo o modelo não funciona. Aí o que acontece é que ele funciona entre aspas, porque o coordenador tem o nome de coordenador, mas quem resolve não é bem ele. Quem está resolvendo na realidade é a supervisão, então eu acho que deveriam dar uma oportunidade... Tem algumas áreas que têm o enfermeiro já na coordenação. Eu acho que tudo na vida deve ser revisto, dar oportunidade pra outras pessoas, acho que tem que dar chance pra gente discutir, acho que hoje em dia deveria ter mais enfermeiros na coordenação". (E8)

"Olha, eu estou te dizendo que estou muito insatisfeita porque muitas vezes eu acabo sendo muito tarefeira, esse tal de só ficar obedecendo as pessoas, só ficar fazendo as coisas que me mandam, porque aqui a gente é mandado, entendeu? Não tem autonomia pra decidir. Há uma incubadora pra ficar nesse lugar porque tem que ficar nesse lugar. Se a coordenadora não quer que a incubadora fique naquele lugar, não vai ficar naquele lugar porque ela não quer, entendeu? Isso é um exemplo muito básico, mas tem outro. Eu faço o procedimento que você viu, a implantação do cateter, mas muitas vezes, eu percebo que aquele procedimento não vai ter sucesso com determinado bebê, mas mesmo assim eu tenho que entrar em campo, tenho que tentar, só que eu percebo que não é assim, Como eu que faço o procedimento, eu tenho capacidade de avaliar e saber que às vezes dá e às vezes não dá, vai ter desperdício de tempo e vai ser um procedimento que vai estressar mais o bebê. E eu não sou ouvida por isso, entendeu? Eu tenho que fazer a minha tarefa. Se eu me recuso é um escândalo. Elas falam alto "você tem que tentar, porque o índice de infecção tem que ser mínimo, tem que ser zero..." Isso eu sei que tem que ser zero, mas se já foi tentado várias vezes a punção periférica aí não tem como tentar o epicutâneo. É um procedimento mais complicado, é central, tem que passar o cateter mais calibroso e aí a gente, eu e a outra enfermeira, avalia e vê que não dá, mas temos que tentar, temos que deixar o bebezinho mais estressado. Mais ainda, isso me deixa insatisfeita porque me coloco no lugar do paciente, entendeu? Quando fiz faculdade o que os professores falavam era que devíamos ver esse lado da empatia. Eu vejo que só a enfermagem vê esse lado, mas existe uma coordenação e ela manda entendeu?" (E10)

"Contribuiu pra gente até crescer no sentido de conhecer outro tipo de trabalho em outro lugar, porque muitas vezes a gente não concorda, fica sendo pressionado, entendeu? Eu por exemplo, saí da emergência, não consegui ficar lá porque bati de frente com a coordenadora, batia de frente com alguns médicos porque não vêm, por ter determinada postura. Às vezes eu não concordava e a coordenadora estava conivente. Aí fiz uma entrevista com a universidade, a FOA e graças à Deus, eu fui selecionada. Aí eu pedi pra sair da emergência e estou na FOA e aqui, fiquei como ouvidora". (E12)

Novamente fica constatado que as características pessoais interferem intensamente na conduta do coordenador ou do gerente. O indivíduo que tem um perfil mais autoritário, centralizador, vai ter dificuldades em conduzir e aceitar as idéias e decisões do grupo. Por outro lado, aquele que tem pouco envolvimento com

a instituição, ou que permanece pouco tempo nela, acaba delegando funções aos demais profissionais, não exercendo adequadamente seu papel de dirigente.

Cecílio (1998) relata que

> *"'é difícil trabalhar com "coordenação técnica unificada" nas unidades assistenciais, superando as coordenações verticais por categorias. A idéia de um médico, ou de uma enfermeira, ou de qualquer outro profissional coordenando toda a equipe é muito estranha à cultura organizacional dos hospitais. Os médicos não conhecem o trabalho da enfermagem, não se interessam por ele (que lhes parece algo "subalterno") e não têm disponibilidade de tempo para permanecer na unidade, o que é um impeditivo para que assumam a coordenação. A enfermagem, por sua vez, não consegue penetrar no espaço fechado da prática médica e, sequer "integrar" o médico à equipe. Os médicos não reconhecem a "autoridade" da enfermagem como coordenadora. Mesmo que haja coordenação formal unificada, de um médico ou de uma enfermeira, na prática, as coordenações seguem verticais e por corpos profissionais" (*p.20).

Esse ponto de conflito, já discutido anteriormente, acaba prejudicando o transcorrer desse modelo em algumas unidades e levando conseqüentemente ao desestímulo, desinteresse e descompromisso dos profissionais que nelas atuam.

Entretanto, foi questionada a Diretora Geral do hospital sobre a possibilidade da permuta de alguns coordenadores que não têm se mostrado aptos a conduzir os grupos aos quais estão inseridos. Foi-nos dada a seguinte resposta:

"Porque a maioria dos coordenadores são médicos? Por essa coisa da sociedade ainda que continua de uma certa forma dentro do salário pra tudo. Eu vejo dessa forma, em todos hospitais você vê claramente isso e nós conseguimos mudar, nós chegamos num momento de pensar isso de radicalizar então, mas nós resolvemos investir de uma outra forma, mas eu não descarto essa possibilidade não viu? A de radicalizar pra gente ver como é que funciona". (DG)

Complementa a fala da Gerente de Linha Enfermeira:

"(...) A Diretora é uma pessoa que acredita que o enfermeiro é administrativamente melhor que o médico, ele lida com questões administrativas melhor que o médico. Então ela mesma cobra do enfermeiro algumas coisas que não seria dele. E a gente tem que falar: "espera, isso não é pro enfermeiro". Alguns gerentes a gente até sabe que precisam ser trocados, mas a gente não

tem nome pra colocar. Essa questão do porquê não o enfermeiro como gerente, acho que pelo perfil dos enfermeiros que a gente tem aqui. Se a gente tivesse enfermeiros com perfil, bons tecnicamente e que lidassem com os médicos com tranqüilidade... Não sei se os médicos aceitariam, mas pensariam antes de gritar "eu sou quem tem o CRM nessa unidade, entendeu?" (rs) Em algumas unidades os funcionários ficam meio que sozinhos. Nós temos o coordenador da Clínica Cirúrgica e CC, que é uma pessoa boníssima, de um caráter excelente, mas pro administrativo ele mesmo diz "eu não gosto, eu não faço". Mas também nós não conseguimos um nome pra colocar no lugar dele até agora, né. E os enfermeiros que trabalham com ele trabalham meio que sozinhos. Mas também ele é uma pessoa excelente, uma pessoa que escuta, muito franco, mas que tem uma dificuldade em lidar com questões administrativas. Ele não gosta mesmo. Em alguns momentos a política acontece de forma muito forte no hospital. Estou dizendo a política partidária que a Diretora te falou... Em alguns momentos a política partidária é muito forte dentro do hospital, né, de forma que se tirar agora é provável que o prefeito coloque fulano de tal, então é preferível deixar do jeito que está. Nos temos a coordenadora do ambulatório que é enfermeira. Muitas vezes o médico sobe aqui pra falar com a diretora porque a coordenadora já disse não pra ele, então ele sobe aqui. Um dos problemas é que a diretora recebe. A gente já colocou pra ela que essa direção de porta aberta é um problema. Agora a nossa coordenadora é fraca, acho que se ela sentisse força nela, ela não resolveria aqui em cima não". (GLE1)

A Diretora deixou claro que o poder médico ainda é muito forte no hospital. É esse profissional que detém o maior salário e, portanto, tem dificuldade em aceitar outro profissional com cargo de gerente, podendo inclusive intervir na sua conduta. Vale salientar que, além dessa dificuldade, a Gerente de Linha evidencia também a influência que a política partidária exerce sobre o hospital. Como a prefeitura tem autonomia sobre os Recursos Humanos, o prefeito pode "indicar" um profissional para ocupar determinado cargo, o que poderia prejudicar ainda mais o hospital em questão.

Ratifica Cecílio (1998) que

> *"o problema se faz mais grave quando as pressões são para a contratação de pessoal naquelas situações que dispensam seleção, em caráter precário, mas, o que é pior, mesmo quando há processo seletivo,*

> *as "demandas", que são verdadeiras imposições dos políticos locais, pesam muito sobre a direção, comprometendo a qualidade do pessoal selecionado e, claro, prejudicando a qualidade final do atendimento prestado"* (p.18).

Além da dificuldade citada, uma outra vem para atravancar a concretização mais efetiva do modelo gerencial. Os pronunciamentos abaixo enfatizam que os profissionais que atuam no período noturno sentem-se afastados, alienados, isolados desta gerência:

"Acho que foi bom. Tem gente que não sabe, que não conhece, tem gente que só trabalha à noite, mas eu acho que durante o dia é a mesma coisa, porque eles (a coordenação e a gerência) não estão aqui, têm as pessoas certas que vêm no hospital, que estão naquele dia de plantão. Se você tiver algum problema, pode acionar a supervisora. A gente nunca fica sozinho. Agora, eu só conversei com a Gerência de Linha uma vez quando vim fora do horário de serviço". (TE4)

"Pra mim não teve diferença ainda não, porque é como eu te falo, trabalhando à noite a gente pouco vê". (AE7)

"No noturno ficou difícil, a comunicação ficou difícil. Na unidade que a gente está tem uma chefia, mas não dá resultado pra você trabalhar. Porque você precisa de uma coisa e não tem aquilo e aí a gente fica passando dificuldade". (AE8)

"O trabalho no noturno funciona como antes, o atendimento... eu acho assim, que chegar às pessoas, chegar ao público, eu acho que melhorou muito. O relacionamento, desde a recepção, eu acho que melhorou muito, o objetivo do cuidado ao doente, melhorou, hoje há um atendimento com mais humanidade em vista de um tempo atrás". (E6)

"Eu vejo assim, eu acho que a comunicação é deficiente aqui dentro. A comunicação em todos os níveis e o pessoal do noturno. De dia ainda tudo bem, mas à noite... No noturno, acho que a queixa maior em termos da supervisão é que as informações não chegam. Mudam-se rotinas e não são passadas a tempo pra supervisão. Como a gente faz 24h na semana às vezes muda uma coisa e quando o plantão chega, não sabe de nada, então fica aquela coisa assim, por não ter aquela chefia, aquela pessoa que centralizaria e que passaria, teria o cuidado de passar à supervisão. O processo de comunicação fica meio perdido e o funcionário noturno até que não se queixa muito porque tem os enfermeiros do setor que passam. Então pro funcionário do setor não mudou muito". (CE2)

A não adesão dos funcionários do plantão noturno, ao nosso ver, se dá principalmente porque não houve a incorporação destes profissionais pela instituição. Parece-nos que eles permanecem isolados, excluídos do modelo, fato que revela que a organização divide-se em “hospital-dia” e “hospital-noite” em relação ao estilo gerencial adotado.

A vinculação à coordenação da emergência tem sido incipiente, visto que as informações nem sempre tem sido passadas com fidedignidade, além de não haver participação efetiva dos funcionários nas decisões relativas à sua unidade de trabalho ou à instituição de maneira geral.

Diante destas informações, percebemos a urgente necessidade de mudança na maneira de conduzir esta gestão no que se refere à forma de atuação dos plantonistas do período noturno. Os profissionais que ocupam cargos de Gerência ou Coordenação devem estar conscientes da necessidade de redefinição do papel destes funcionários e da incorporação dos mesmos ao modelo de gestão. Mudanças devem ocorrer inclusive na Coordenação ao qual estão vinculados, uma vez que esta necessita estar mais presente, estabelecendo um intenso processo de comunicação com estes funcionários, não somente com o intuito de passar as informações, mas principalmente de torná-los co-responsáveis pelas decisões relativas à macro e micropolítica institucional.

4.3.6 O enfrentamento das dificuldades

No desenvolvimento deste estudo, fomos destacando em cada unidade, as dificuldades experimentadas pelos profissionais da equipe multiprofissional, no que diz respeito aos pressupostos desta Gestão Participativa. Neste momento,

resgatamos estas dificuldades e buscamos identificar junto aos profissionais entrevistados, as formas como eles reagem a elas na tentativa de superá-las.

Neste contexto, conforme já mencionamos, uma das maiores dificuldades encontradas neste modelo gerencial refere-se à coordenação ser assumida, na maioria das vezes, pelo médico. A não permanência no hospital e o não envolvimento deste profissional acabam gerando conflitos e insatisfações entre as equipes. Entendemos que, em um modelo descentralizado e participativo de gestão, o coordenador necessita ser aceito pelo grupo e, preferencialmente ser escolhido por ele.

Ferraz (2002) coloca em seu estudo acerca da transição gerencial em um hospital público, da dificuldade da escolha dos gestores, já que a equipe demonstrava não ter segurança para escolher. Complementa que

> *"(...) há nisso uma lucidez que exprime bem que não desejavam ser enganados, uma vez que não havia clareza acerca do conteúdo de poder implícito na representação em questão (...)"* (p.96).

Mesmo que seja complicado o processo de escolha dos dirigentes e que exija dos profissionais uma visão mais crítica de cada um dos candidatos, acreditamos ser importante para a manutenção do estímulo do grupo e para evidenciar o poder que detém. Entretanto, esse momento democrático de escolha do coordenador não tem ocorrido na instituição em questão. Os mesmos são indicados pela Diretora Geral do hospital, podendo inclusive ser indicados pelo Prefeito Municipal.

Dessa forma, no que diz respeito a esse aspecto em particular, fica descaracterizado o modelo gerencial, haja visto que o índice de descontentamento dos elementos que compõem a equipe é extremamente grande.

Entendemos que as pessoas de bom senso, hábeis no manejo da autoridade, capazes de tomar boas decisões em seu campo profissional e conhecedoras dos procedimentos técnico-burocráticos da empresa em que vão atuar, podem tornar-se bons dirigentes. Porém, atualmente tornam-se necessários outros requisitos além destes, talvez mais importantes. É imprescindível o desenvolvimento da capacidade gerencial para responder a novas demandas e necessidades. A habilidade da ação gerencial alia toda a dimensão de segurança fornecida pelo conhecimento administrativo com o comportamento pessoal na busca de novos horizontes (MOTTA, 2001).

Nesse sentido, entendemos que para serem bons dirigentes, os médicos necessitam de outras habilidades que lhes facilite o exercício da gerência, de autodisciplina e comprometimento, bem como maior tempo de permanência no hospital e envolvimento com as questões que se referem ao cotidiano de trabalho das unidades aos quais estão inseridos, para que possam entender a complexidade e o dinamismo da organização.

Ferraz (2002) complementa que

> *"O individualismo do corpo médico, a hegemonia herdada historicamente os têm sustentado em uma relação de distanciamento dos demais profissionais, veiculando em muitos momentos a imagem de uma deidade separada do conjunto, assegurando a estrutura do seu trabalho na ordem do privado, ou seja, a interdisciplinaridade não tem ganhado horizontalidade do médico, na medida em que a sua autonomia individual está acima do conjunto das demais categorias profissionais".* (p.92)

A partir deste fato, os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem foram questionados sobre as formas de enfrentamento deste problema:

"Olha só, os enfermeiros são responsáveis pelos indicadores, são os enfermeiros que são responsáveis pela taxa de permanência, todas as questões estatísticas são de responsabilidade do enfermeiro, mas essas são atividades do coordenador e o coordenador passa pra eles. Então essas questões burocráticas

ficam muito a critério do enfermeiro, eu acho também que quem acaba coordenando a unidade é o enfermeiro. Já sugeri que passasse pro enfermeiro, mas pra isso tem que ter uma atitude de outras pessoas". (GLE2)

"Já tentei falar pra mudar o coordenador, mas não adiantou". (TE3)

"Verbalização, eles verbalizam. Quando tem diferenças com a coordenadora, a coordenadora que é médica, vêm pra mim e eu digo "vai falar com ela, vai discutir com ela, vai resolver com ela" Aqui a gente fala muito. Verbalização e consenso são as formas de solucionar os problemas". (GLM1)

"(...) Quanto a dar oportunidades aos outros enfermeiros já cansei de falar e não teve mudanças". (E8)

Notamos que os profissionais buscam apoio nas instâncias superiores, especialmente nas Gerências de Linha. Ressaltamos que as tentativas de solicitação da permuta do coordenador foram frustradas:

"A gente pode colocar em reunião, pode falar, mas não muda nada, entendeu? Isso acontece porque as pessoas não concordam, podem até ouvir, mas não concordam, pronto acabou". (E10)

O que ocorre na realidade é o estímulo da Gerência de Linha ou do enfermeiro ao diálogo, ao entendimento com o coordenador. Percebemos através da fala do Gerente de Linha Médico que há a tentativa de resolução no âmbito da própria coordenação, ou seja, o funcionário é estimulado a voltar à sua unidade e resolver o problema diretamente com a pessoa com quem estabeleceu o conflito. Esta conduta é positiva na medida em que propicia o enfrentamento do problema através do posicionamento em defesa própria ou coletiva. No entanto, é mais uma medida paliativa, visto que há a permanência do coordenador com as mesmas

atitudes perante a equipe de trabalho e a manutenção da subserviência à prática médica.

Cabe ressaltar que aproximadamente a metade dos técnicos e auxiliares de enfermagem refere que não há dificuldades neste modelo gerencial. Tal fato nos leva a crer na falta de percepção de aspectos importantes que acontecem no cotidiano de trabalho, além de outros relativos à própria gerência. Um desses aspectos é que o desenvolvimento do trabalho desses funcionários ocorre da mesma maneira, já que continuam se reportando ao enfermeiro quando necessário, motivo pelo qual pode ser justificada a falta de visibilidade deste grupo em relação às dificuldades advindas da implantação do novo modelo gerencial.

Ferraz (2002) acrescenta que, no momento de transição cultural e gerencial, o conjunto profissional acostumado a agregar-se ao redor de uma chefia, sente-se perdido e desconfortável diante da obrigatoriedade de ajustar-se entre si.

Dessa maneira, acomodar-se como faziam no modelo tradicional de gestão, pode ser a forma mais facilitada, porém não mais adequada, de adaptar-se ao modelo instituído.

Salientamos que uma outra dificuldade citada pela maioria dos entrevistados é o baixo quantitativo de pessoal. Acerca deste fato, o enfrentamento, segundo os sujeitos do estudo, se dá da seguinte forma:

> "Como é que a gente enfrenta? Remanejando funcionários mesmo, pedindo ajuda aos outros setores, às vezes à supervisão. Dentro do que pode ser ajudado em relação a pessoal isso acontece, porque a dificuldade é geral". (E1)

> "Em relação à dificuldade com Recurso Humano a gente meio que faz uma ginástica aí, uns arranjos. Igual agora, desde o ano passado estou com uma dificuldade grande tanto na enfermagem quanto na recepção. Então a gente vai fazendo algumas composições, funcionário que está no setor ajuda, simplifica o

trabalho, simplifica ao máximo a questão da burocracia pra poder ter mais tempo, pra poder executar o trabalho de atendimento mesmo ao público. Por exemplo, agora eu tive que fechar um setor pra concentrar a funcionária aqui, junto com as outras pra garantir o atendimento da recepção (...)". (CE1)

"Eles não conseguem contratar. Eles tentam solucionar da melhor maneira possível conforme as condições que são oferecidas. Às vezes traz uma outra recepcionista, pede ajuda a um outro colega que está mais calmo". (TE2)

"Olha, eu sempre tenho resolvido meus problemas eu mesma. No CC eu tenho gerado "extra" nos meus funcionários, eu tenho que me virar, porque eu não tenho recursos pra buscar fora, inclusive porque nesse hospital, pra entrar um funcionário, pra ser admitido um funcionário necessita ter a aprovação do prefeito da cidade.Então eu acho assim que é uma coisa muito complicada. Então eu tento resolver da melhor forma, eu pago "extra" pros funcionários, remanejo funcionários do fim de semana pra semana que é o dia normal de movimento, então faço uma mexida na minha própria escala. É assim que eu consigo resolver os meus problemas. Eu não conto com ninguém de fora". (E3)

"A gente procura sempre estar discutindo com os enfermeiros pra eles resolverem os problemas. A gente faz papel de dois. Quando um sai de férias a gente tem sempre que estar cobrindo. Antes a gente às vezes fazia até 24h". (AE1)

"Em relação ao número de funcionários, a gente tenta negociar sempre, a gente tenta ir pelo técnico, mostrar ao prefeito "olha isso funciona assim, a gente tem tantos leitos, tem que ter tantos enfermeiros(...)" (CM2)

Sabemos que a falta de governabilidade em relação à contratação de pessoal acaba emperrando o sucesso do modelo gerencial adotado. Para lidar com esse problema, os profissionais criaram estratégias paliativas, porém não resolutivas. Os enfermeiros acabam utilizando o remanejamento de funcionários entre as unidades quando possível. Uma outra atitude de enfrentamento é a solicitação de "hora extra" que leva à sobrecarga de trabalho dos funcionários, especialmente quando têm duplo vínculo empregatício, podendo prejudicar a qualidade do atendimento prestado.

Concordamos com Gaidzinski (1991) que

> *"A inadequação numérica e qualitativa dos recursos humanos da enfermagem lesa a clientela dos serviços de saúde no seu direito de assistência à saúde livre de riscos. Essa inadequação também pode comprometer legalmente a instituição, pelas falhas ocorridas na assistência" (*p.92).

A esse respeito, evidenciamos que os coordenadores e gerentes tentam demonstrar ao Prefeito os riscos que assumem em trabalhar com um contingente de pessoal reduzido. Além disso, procuram negociar a contratação de novos profissionais justificando o prejuízo em todos os níveis, especialmente quando se faz necessária a redução do número de leitos em prol da adequação ao quantitativo de funcionários.

Salientamos que, apesar das diversas e incansáveis tentativas, a Prefeitura Municipal não tem concordado com a expansão do quadro de pessoal, o que tem prejudicado sobremaneira o alcance das metas e objetivos almejados.

Vale ressaltar que a estratégia de negociação acerca do remanejamento de pessoal nem sempre é possível, visto que os profissionais se isolaram nos respectivos setores, desconhecendo inclusive, aspectos importantes que acometem os demais. Esse fato é colocado, especialmente pelos enfermeiros, como uma dificuldade, pois não trocam informações, não fazem reuniões da categoria, enfim, não conseguem estabelecer uma comunicação mais efetiva interunidades:

> "Tem algum problema, telefona. Já dei sugestões inclusive de reuniões entre os enfermeiros. A gente recebe muita circular, as decisões que são tomadas um vai passando pro outro, os colegas do dia (...)". (E6)
>
> "A gente acaba aprendendo a se virar, porque existe o individualismo, mas eu pelo menos aprendi a me virar dentro da minha realidade e eu coloco isso bem claro pros meus funcionários e aí essa cooperação deles é muito grande. As reuniões entre enfermeiros pra discutir esses problemas é uma das coisas mais escassas que tem aqui no hospital, é uma dificuldade enorme

conseguir reunir os enfermeiros e aí passa tanto tempo sem se reunir que quando reúne é tanto problema, tanto problema que não dá vazão, e não adianta colocar uma pauta porque extrapola essa pauta e a angústia é muito grande. Eu acho que seria interessante fazer reuniões regulares". (E2)

Nas várias coordenações existem facções, a facção da direita e a da esquerda. Então, ela não vai olhar com essa visão global, ela vai querer resolver o problema da coordenação dela e a outra parte resolver os problemas da coordenação dela também... Este é um hospital da prefeitura. É muita falta, muita licença e a gente não tem reposição, não temos cobertura de licença maternidade e licenças médicas, então nós estamos com um problema nas mãos e precisamos de auxílio muitas vezes pra resolver conjuntamente com as outras unidades, mas isso não é colocado em discussão (...)". (E3)

"Um ponto negativo é a quase ausência de reuniões entre os enfermeiros. Existe às vezes, uma coisa informal, mas não existem reuniões onde a gente possa discutir algum assunto, a implantação de alguma rotina de uma nova técnica de curativo, por exemplo. Eu acho que o enfermeiro fica numa forma de gerenciamento descentralizado, mas acaba se centralizando dentro da unidade". (E7)

"Uma coisa falha também é que os enfermeiros não têm reunião. Os enfermeiros não entram na nossa sala, nem se cumprimentam às vezes, parece que são unidades isoladas (...)". (E8)

"Cada enfermeiro tem um olhar pra sua equipe. Então fica aquela coisa meio assim, eu olho pro meu umbigo, o umbigo do outro não me interessa muito porque não está me afetando e a proposta desse modelo de gestão nem é essa, é que todo mundo conheça um pouco do umbigo do outro". (GLE3)

Por meio destas falas percebemos que o enfermeiro se "enclausurou" no seu espaço e, embora tenha a percepção dos problemas decorrentes desta atitude, não toma medidas para alterar essa realidade:

"A gente não enfrenta, acho que na verdade a gente não enfrenta, porque se a gente estivesse enfrentando estaria se articulando alguma forma de se fazer alguma coisa e eu não vejo esse movimento". (E11)

Essa falta de enfrentamento leva à manutenção do "status quo", o que impossibilita uma discussão ampliada com profissionais da mesma categoria e que vivenciam os mesmos problemas. Assim, fica confirmado o não estabelecimento de uma comunicação lateral efetiva, uma vez que os profissionais estão preocupados em resolver os problemas inerentes à sua unidade de trabalho, sem estabelecer ou firmar vínculos mais consistentes com as demais.

Ressaltamos que as informações devem ser distribuídas igualmente por todos os setores, de modo que cada uma das partes tenha a visão do todo e saiba o que se passa nas outras (MOTTA, 2001).

Vale ressaltar que a falta de enfrentamento reflete também, na dificuldade levantada, referente à não inserção dos profissionais que atuam no plantão noturno ao modelo gerencial atual. Ao nosso ver, houve uma estagnação desses elementos e da organização que não buscam estratégias para resolver esse problema.

Identificamos que outras dificuldades foram levantadas pelos entrevistados, porém em menor proporção. Uma delas refere-se à falta de comprometimento de alguns profissionais quando se sentiu com maior liberdade para atuar:

"Outra dificuldade é a ausência de alguns enfermeiros. O enfermeiro acaba faltando e o coordenador não pega a falta dele por conta de estar ausente também. Eles assinam o ponto e o cartão fica ali. Eu tenho comigo que a gente não faz a pessoa, você não molda a pessoa para ela ter caráter, ter compromisso. Ela nasce com caráter. Tem dia que não cumprem escala, furam, tem dia que tem três enfermeiros, era pra ser dois por plantão. Tem dia que você

chega e tem um. Então eles não respeitam escala, faltam pra caramba... Então você descentraliza, você julga que as pessoas vão ter o mínimo de bom senso e comprometimento. Aí você tem que voltar a centralizar algumas ações porque você deu pernas e as pessoas bandearam (...)" (GLE1)

"Eu acho que uma outra dificuldade foi a adesão dos médicos de uma forma geral. Eu acho que foi um grande problema e continua sendo porque é uma característica do médico, o médico não adere muito á mudanças. Tudo que você convida pra participar a gente mostra que a adesão é muito pequena. O médico quer vir trabalhar e ir embora, ele não quer saber de ficar participando de reuniões, de ficar ouvindo se mudou, se não mudou, ele quer vir, ter o material que ele precisa, fazer o que tem pra fazer e ir embora, até porque a própria vida, a rotina do médico é muito corrida". (CM5)

"Você sabe que tem enfermeiro que trabalha sério e enfermeiro que não trabalha tão sério assim, que enrola, faz corpo mole, e esse enfermeiro quando está com um coordenador que não está participando muito, ele trabalha se ele quiser, ele trabalha meio que solto". (GLE3)

Entendemos que as características pessoais, além de aspectos inerentes à personalidade, podem levar a um descompasso no ajustamento do modelo gerencial.

No que tange ao profissional médico, evidenciamos que há vários perfis de coordenadores, o que pode incrementar a irresponsabilidade de alguns elementos que compõem a equipe. Assim, quando se mantém distantes, desagregados das situações que ocorrem no dia a dia, permitem que os funcionários menos envolvidos se afastem ainda mais, o que acaba prejudicando o crescimento do grupo.

Já os enfermeiros, nesse modelo de gestão, sentem-se livres para agir e, quando não são "controlados", podem deixar transparecer sua irresponsabilidade e pouco envolvimento, levando a sérios desajustes nas áreas de trabalho onde atua.

Por outro lado, concordamos com Ferraz (2002) que

> *"Podemos também observar em diversas situações a participação dos gestores e supervisores / responsáveis técnicos como mais um no grupo, envolvendo-se horizontalmente na construção dos projetos, aliando as estratégias coletivas de agregações múltiplas, objetivando a inclusão máxima dos profissionais da base na origem dos planos de ação, tendo clareza de que é essa postura que garantirá a execução; portanto, trará melhores possibilidades de otimização de resultados"* (p.100).

Somente assim, quando a organização contar com pessoas comprometidas com o trabalho e dispostas a atuar amplamente e em conjunto com os demais profissionais, poderão apreciar os avanços advindos do modelo gerencial em questão.

4.3.7 Rapidez e adequação na resolução dos problemas e participação da equipe

Esta unidade nos revela se há maior rapidez e adequação na resolução dos problemas neste modelo gerencial inovador. Além disso, visa levantar de que forma se dá a participação dos profissionais nas decisões tomadas nesta instituição.

Conforme prevê o Modelo de Gestão Colegiada, os problemas tendem a ser solucionados com maior agilidade e adequação. Isto porque, num sistema descentralizado, 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 em se alcançar maior adequação na resolução, visto que os indivíduos vivenciam esses problemas diretamente no seu cotidiano de trabalho.

Ferraz (2002) quando relata que:

> *"Se a gerência científica forneceu-nos uma fórmula de como administrar aplicando idéias estabelecidas, normas, certezas cognitivas para o alcance das resoluções e finalidades institucionais, um estilo participativo e cotidiano de gestão deixa em aberto as potencialidades que podem ou não se realizar em termos de resoluções e finalidades, contentando-se mais em levantar os problemas e oferecer os encaminhamentos possíveis dentro das condições de respostas contextualizadas e localizadas, não mais de maneira abstrata e universal"* (p.40).

Nesta perspectiva, por meio da criação de novas diretrizes gerenciais e de funcionamento institucional, procura-se alcançar soluções "in-locu", de maneira mais contextualizada e, portanto, mais rápidas.

A maior parte dos profissionais entrevistados concorda que os problemas atualmente são resolvidos mais rapidamente e com maior adequação:

"Olha, eu acredito que sim. Eu acredito que seja em todo hospital mais fácil. A questão da lateralidade é o ponto máximo desse modelo de gestão. Hoje a Clínica Médica tem um problema com o Laboratório, ela liga pro coordenador e não precisa passar pra Gerência de Linha nem nada. É mais rápido e às vezes o problema não chega pra gente. A gente fica sabendo que eles resolveram". (GLE1)

"Mais rápido, bem mais rápido. De primeiro a gente esperava muito, agora não, rapidinho a gente consegue resolver todos os problemas. Eu acho que isso acontece pela comunicação mesmo". (TE3)

"Mais rápido e tentando não chegar na coordenação, na direção e na coordenação do setor". (E5)

"Sim, pelo menos as solicitações são sempre ouvidas. Os problemas são resolvidos na unidade, eu sei de todos porque nós temos uma reunião e cada um traz a sua pauta e tem os informes e eu fico sabendo de tudo". (DG)

Notamos que os profissionais ratificam que não há necessidade de levar os problemas até a Direção. Estes problemas são mais rapidamente resolvidos justamente porque houve relativização do poder e a tomada de decisão é feita, na medida do possível, na própria unidade de trabalho.

Entretanto, quando se refere a questões externas ao hospital, a governabilidade diminui e a autonomia é praticamente nula. Isso ocorre porque, conforme anteriormente relatado, o hospital é uma autarquia pública onde, parte das diretrizes é determinada pela Prefeitura Municipal. Assim, alguns dos técnicos e auxiliares de enfermagem colocam que a solução dos problemas às vezes não ocorre ou é lenta quando depende da liberação de verba por parte da Prefeitura:

"Não é muito rápido, mas eles resolvem, tentam resolver. Fica muita coisa pendente, mas o que precisa logo, igual agora, a gente precisa muito de funcionários, pelo menos eles tentam remanejar temporariamente para cumprir o quadro. Então eu acho que eles se esforçam pra resolver, apesar das dificuldades. Quando o problema é dentro do hospital, é mais rápido". (AE3)

"Algumas coisas são de uma forma mais rápida, outras coisas, um pouco. Mas não é mais longa do que antes. Quando depende de outras pessoas, como o número de funcionários, aí complica...". (E7)

"Eu acho que não, porque tem muitas coisas que fogem da direção e passa pra prefeitura. Eu tenho um problema seríssimo de falta de pessoal nos serviços gerais. Eu não tenho pessoal, todas as demissões, licenças que acontecem não têm reposição e isso não depende daqui, depende da prefeitura, do prefeito. No setor mesmo aqui tem uma agilidade maior pra resolver os problemas". (CE2)

"Eu fico um pouco insegura de te responder isso porque nós dependemos em parte da Prefeitura. O que eu vejo, o que eu percebo pelo contato com outras pessoas é que no modelo tradicional é muito de cima pra baixo, a ordem chega e é "cumpra-se". Eu não vejo essa proximidade entre as pessoas da equipe na gestão tradicional". (GLM2)

De acordo com Cecílio (2002a), o ponto mais difícil de ser trabalhado é a política de pessoal, já que é, neste caso, inadministrável pelos dirigentes. Tal fato leva à quase impossibilidade da qualificação da assistência prestada pelos profissionais.

Acreditamos que o reduzido número de pessoal, ocasionado por demissões, licenças e férias, sem reposição tornou-se um problema comum no cotidiano do hospital. Esta questão poderia ser enfrentada através de uma atuação mais conjunta da instituição com a Prefeitura, afinal, se o objetivo central desse modelo gerencial é que se tenha o usuário como foco principal de atenção, há que se pensar em oferecer recursos humanos em proporção e qualificação necessárias ao atendimento.

Conforme podemos observar, a grande maioria dos profissionais acredita que, pelo menos para as questões internas à instituição, há maior agilidade e adequação na resolução dos problemas.

Apenas cinco técnicos e auxiliares de enfermagem relatam o contrário:

"Acho que não". (TE1)

"Estamos caminhando. Ainda, vamos dizer assim, rápido não, porque tudo é um processo, né. Então não vamos dizer rápido, mas as soluções vêm e elas vão atrás, isso aí é importante". (AE7)

"Antes o hospital não era como está agora. Então acho que era mais fácil ajeitar as coisas do que agora, né. Agora é muito serviço, tanto pro auxiliar, pro técnico, pro enfermeiro. É muita coisa. Não dá pra comparar". (AE8)

"Acho que não mudou nada. Deve ter mais diferença de dia". (TE6)

Verificamos que os funcionários que deram resposta negativa são os mesmos que não acreditam no modelo gerencial adotado, não tendo, portanto, aderido a ele. Contudo, sabemos que uma mudança cultural nem sempre é aceita por todos. Ela requer dos indivíduos a superação dos próprios valores e muita coragem e vontade para deixar hábitos adquiridos. No entanto, entendemos que sem a superação desses valores, há prejuízo na aquisição de novos conhecimentos e na vivência de novas experiências que podem trazer múltiplos benefícios.

Complementa Ferraz (2002) que também conviveu com o desânimo e o descrédito de alguns profissionais na instituição na qual contribuiu com a implantação deste modelo contemporâneo de gestão:

> *"Os sentimentos de indiferença, a desmobilização e desmotivação para o combate dos desajustes e inconformidades do processo de trabalho marcavam a instituição gerando um clima de baixa funcionalidade"* (p.55).

Cabe salientar que parte dessa não adesão relaciona-se ao turno no qual trabalham. Conforme já mencionamos, os funcionários do plantão noturno encontram-se alienados em relação a este estilo de gerência. Na verdade, o que

ocorre, é que esses funcionários não se sentem e não são sujeitos ativos na trajetória da gestão, o que contribui para estimulá-los e conseqüentemente, afastá-los do movimento instituído.

Em contrapartida, todos os profissionais envolvidos no estudo levantaram que a participação das propostas de solução dos problemas se dá mediante reuniões realizadas:

"A gente tem o que a gente chama de Grupo de Apoio à Gerência que é o GAG. Esse GAG é montado mesmo até por facilidade de se encontrar, e estar montando reuniões e estar resolvendo os problemas do dia-a-dia. É o médico, o enfermeiro da unidade e um ou dois técnicos ou auxiliares de enfermagem que vêm e montam esse GAG. Nesse GAG são discutidos os problemas da unidade... E nós temos um outro instrumento aqui que é a nossa planilha de indicadores que conta pra incentivo desempenho onde as coordenações assistenciais têm feito no mínimo uma reunião por mês pra estar discutindo os problemas das unidades. E nessas reuniões participam, tem que ter a representatividade de, no mínimo, quatro categorias, tem que ter o médico, o enfermeiro, o auxiliar, o técnico... Essa reunião é agendada, ela tem que ter pauta, ela tem que ter ata, ela tem que ter assinatura dos participantes, então a discussão tem que acontecer". (GLE1)

"Uma vez por mês nós fazemos uma reunião. É onde eu passo todos os informes, quer dizer, no dia-a-dia a gente passa pra eles através de murais, entendeu, ou através de até mesmo bate-papo informal a gente passa pra eles todas as decisões tomadas no hospital, rumos que o hospital está passando. Agora, uma vez por mês a gente discute esses rumos e essas decisões tomadas, entendeu? Aí é que eles têm direito de voz. Eles têm direito de voz dia e noite. Mas nessa reunião é oficializado o direito de voz". (CM1)

"Cada questão a ser resolvida você reúne, você chama o GAG. A gente reúne o coordenador e o enfermeiro e aí quem participa desse GAG normalmente costuma ser médico, tem técnico de enfermagem, tem auxiliar de enfermagem...". (E2)

"Geralmente às quartas feiras a gente tem um bate-papo lá no CTI. Então é chamado o GAG, o nosso grupo, né. Porque tem o Colegiado de Gerência que reúne pra tomar algumas decisões que geralmente são decisões que a gente às vezes discute no GAG com o coordenador, a enfermeira e a gente de nível

médio. Então a gente vai lá, dá nossas soluções, nossas idéias e o coordenador geralmente leva e discute na reunião do Colegiado". (TE3)

"Temos reuniões, quando aparece algum problema eles marcam reunião e a gente tem assim... liberdade de estar discutindo isso". (AE1)

"Nós temos reuniões mensais... E eles são ouvidos. Então até por questão do incentivo desempenho, pra pessoa poder tomar parte do incentivo que é trimestral, essas reuniões têm que ser mensais e tem que ter participação de outros quatro ou cinco grupos. Então geralmente participa a nutricionista, a assistente social, alguém de outra clínica, coordenador de outra clínica, médico de outra clínica então tem que ter a participação dessas pessoas e aí a discussão fica até mais ampla. Às vezes são problemas comuns e a gente consegue realmente caminhar". (CM5)

Notamos que há reuniões mensais em todos os setores. Essas reuniões devem contar com a presença da equipe interdisciplinar, estando previstas na Planilha de Avaliação de Desempenho.

Esta avaliação passou a ser feita de forma regular na instituição a partir de 1996.

> *"Os objetivos específicos declarados no documento que formalizou a política de avaliação do desempenho eram de melhorar a adesão e o compromisso dos funcionários em relação aos objetivos da instituição, melhorar o desempenho desta e dos funcionários, diminuir o absenteísmo e reduzir a defasagem salarial. O objetivo geral declarado era o de melhorar o atendimento à população"* (CECÍLIO, 2002a, p.377).

Dessa forma, através da Política de Avaliação de Desempenho, tenta-se aumentar a participação dos trabalhadores nas reuniões. Vale lembrar que esse é apenas um indicador dentre vários que compõem a Planilha de Avaliação de Desempenho.

Não é propósito deste estudo fazer uma avaliação ou análise dessa Política, no entanto, ressaltamos seu aspecto positivo na medida em que as equipes exercitam a monitorizacão da qualidade do seu trabalho e entendem que é

necessário um espaço coletivo para garantir o máximo de gratificação distribuída trimestralmente.

Concorda Cecílio (2002a) ao relatar que a planilha abre um amplo universo de possibilidades. As equipes, em um lento aprendizado, vão percebendo que é possível dirigir a qualidade do seu trabalho. Interessa perceber como o cliente ou o próprio colega está sendo tratado dentro do hospital. A planilha cria transparência onde havia opacidades, já que importa todos que os indicadores sejam alcançados.

Evidenciamos também que alguns dos técnicos e auxiliares de enfermagem, assim como alguns médicos não se dispõem a participar:

"Eles (os funcionários) vão, mas infelizmente não em grande número porque eles trabalham em mais de um lugar. Mas tem sempre representação, todas as equipes conversam... é mais difícil a adesão dos médicos, talvez por problema de horário. Então cada vez eu faço num dia da semana que em sete meses todas as equipes participaram das reuniões até no horário de trabalho, às sete horas da noite". (CM1)

"O que a gente percebe ainda é que a atuação do técnico de enfermagem e do auxiliar de enfermagem ainda é pequena porque eles ainda vêem a supervisão de enfermagem como o chefe e do chefe eles se mantêm distantes, por mais que eles te chamem pra resoluções eles mantêm uma certa distância e aí a gente quase intima eles a vir. E quando eles vão, eles conseguem colocar os problemas. Mas quando eles vão, eu percebo que eles até conseguem falar da própria unidade, mas ainda tem um distanciamento, com certeza". (E2)

"Da solução eu não sei se eles participam, mas eles participam pra levar os problemas. Só que isso é uma teoria, que todos participam. A gente sabe que a enfermagem, aliás, o hospital inteiro, todo mundo trabalha muito, todo mundo está fazendo alguma coisa e por mais que a gente divulgue essas reuniões eu percebo que dentro do CC são poucas pessoas que participam que não são da nossa unidade, inclusive da própria unidade do Centro Cirúrgico, só participa quem está no plantão. Quem participa é ouvido, a gente sempre dá ouvidos a quem está presente. Agora não tem muita adesão, eu percebo que ninguém vem fora do horário de trabalho, porque a maioria também tem dois vínculos". (E3)

"Tem reunião, mas ninguém gosta de ficar saindo de casa só pra vir em reunião. Então não tem muita participação. Seria bom se pegasse todo mundo. O mesmo assunto que tratou hoje vai tratar amanhã também pra pegar todo

mundo do dia e da noite, pra que todo mundo participe do que aconteceu sem ter que ficar passando de um pra outro porque chega lá torcido". (AE4)

"Opinião às vezes a gente dá, quando tem reunião a gente fala. Tem uma rotina de reunião, mas eu não sei se cumprem, né. Eu só participo quando dá". (AE6)

"A reunião do colegiado é aberta, mas eu acho que a maioria do CC não vai. Nós temos uma reunião com eles todo mês e eles participam. A gente deixa, ouve, ouve, procura resolver, eu sou maleável, tento ser amigo de todo mundo". (E8)

"A gente faz uma reunião mensal na Clínica Cirúrgica, uma reunião mensal no Centro Cirúrgico. Essas reuniões têm uma grande participação do pessoal de enfermagem. Eu diria pra você que 90 a 95% é do pessoal de enfermagem. Geralmente são poucos os médicos que participam. No Centro Cirúrgico às vezes eu consigo a adesão de anestesistas porque uma forma de você conseguir essas reuniões é fazer no horário de trabalho. Quando a gente marcava essa reunião fora do horário de trabalho era um desastre. Não vinha ninguém, só vinha quem estava de plantão, então realmente foi terrível. O pessoal de enfermagem discute muito, dá muita opinião. E eles são ouvidos". (CM5)

Percebemos pelas respostas que alguns médicos ainda têm dificuldade em discutir assuntos em condição de igualdade com os demais profissionais, o que vem confirmar sua postura inflexível em relação à relativização do poder e autonomia. Soma-se a isto o fato de assumirem muitas funções, às vezes até concomitantes, o que os impossibilita de permanecer na instituição o tempo necessário para o total cumprimento da carga horária. Esta "falta de tempo" do profissional médico é a maior justificativa para a não adesão às reuniões agendadas, porém vem imbuída de outras razões introjetadas e que se referem à hegemonia médica já mencionada.

Quanto aos técnicos e auxiliares de enfermagem, entendemos que uma das principais causas para o não comparecimento nas reuniões está atribuída à histórica subordinação que os imobiliza e intimida perante os demais profissionais, fato comprovado pela fala da Enfermeira 3. Um outro aspecto importante a ser

tratado é a baixa remuneração da equipe de enfermagem que muitas vezes os obriga a realizar dupla, e até tripla jornada de trabalho. Deste modo, a indisponibilidade de tempo e o cansaço acumulado podem dificultar a participação desses trabalhadores, o que certamente contribui para descaracterizar o modelo.

Vale lembrar que as reuniões do Colegiado de Gerência são abertas, mas somente os membros da diretoria têm direito de voto; os demais profissionais têm apenas direito de voz. Já nas reuniões realizadas no âmbito das unidades de trabalho, todos são ouvidos e têm direito de voz e voto. Dessa forma, os coordenadores, conjuntamente com a Gerência de Linha levam para as reuniões do Colegiado de Gerência as decisões ou solicitações feitas na unidade e que foram passíveis de resolutividade neste nível.

4.4 A ENFERMAGEM E SUA FALA RUIDOSA

Esta análise se deu a partir da primeira sistematização dos dados, quando percebermos que apareciam algumas diferenças entre o discurso “oficial” apresentado principalmente por alguns componentes da Direção e a realidade percebida e vivenciada pelos trabalhadores acerca do Modelo de Gestão Colegiada. Na verdade, notamos que há um cenário vivido por alguns que não é compartilhado pelo conjunto de agentes que compõem a organização.

Merhy et al. (2002) relatam que o cotidiano institucional se expressa como uma dobra na qual, de um lado, há o cenário do mundo das significações, ou de vários mundos das significações atravessados e não necessariamente compartilhados por todos os indivíduos em situação institucional; do outro lado, e talvez pelo cenário pouco estruturado dos atravessamentos dos distintos mundos

das significações, opera um mundo distinto, que se mostra por meio de “falhas” ocorridas.

Assim, aparecem na instituição, diferentes percepções acerca do modelo de gestão adotado, que caracteriza a existência de falhas que provocam “ruídos” cotidianamente.

O cotidiano é o lugar onde há, permanentemente, mútuas invasões dos distintos mundos.

> *“É, portanto, onde se produzem os “estranhamentos”, os “ruídos”, as “falhas” do mundo com sentido no instituído, e cheio de significados, onde os acordos e contratos existem e funcionam, e ao mesmo tempo onde os instituintes impõem estranhamentos, quebras, linhas de fuga, novos possíveis em disputas”* (MERHY, et al., 1997, p.117).

Dessa forma, os autores consideram que os “ruídos” são os elementos destoantes, os “estranhamentos”, as “falhas” ou contradições que aparecem no processo de trabalho.

Neste contexto, entendemos que alguns aspectos que aparecem no interior da instituição em estudo e, que não são contemplados no modelo de gestão possibilitam questionamentos acerca de como o trabalho gerencial ocorre de fato.

Estas interrogações ficam mais fortes quando analisamos as falas da equipe de enfermagem. Esses trabalhadores, especialmente os Técnicos e Auxiliares, vivenciam situações no cotidiano da unidade de trabalho que divergem em vários aspectos das situações apontadas pelos componentes das Gerências e Coordenações, uma vez que estes não vivenciam tão intensamente as questões da micropolítica das unidades de trabalho.

Assim, passamos a analisar os ruídos que emergem das falas de cada uma das categorias que compõem a equipe de enfermagem.

4.4.1 Ruídos encontrados nas falas dos Gerentes de Linha e Coordenadores Enfermeiros

Conforme tratado anteriormente, o grande desafio é que se operacionalize um modelo gerencial aberto e flexível, que incorpore a dimensão comunicativa, a distribuição mais homogênea do poder, além de autonomia para decidir.

No entanto, percebemos pelas falas dos Gerentes de Linha Enfermeiros e Coordenadores Enfermeiros que um "ruído" muito forte que opera no interior dessa organização é o não estabelecimento efetivo da comunicação lateral, ou seja, da comunicação inter-unidades.

"(...) em algumas unidades a gente tinha dificuldades no início e até hoje existe essa dificuldade na comunicação lateral, então algumas resoluções ainda precisam ser encaminhadas à Gerência de Linha ou à direção para se conseguir resolver". (GLE3)

Esse é um ruído identificado não somente pelos enfermeiros que ocupam cargos de gerência e coordenação, mas também pelos médicos:

"Aumentou muito (a comunicação), eu acho que aumentou muito ao nível das unidades, porque a gente tem colegiados nas unidades entendeu? Entre as diferentes linhas ainda não aumentou muito não, dentro das linhas é que aumentou um pouco (...)" (GLM1)

"Eu acho que já houve tempo que essa comunicação foi maior, até que houve uma cobrança maior logo no processo inicial. Com o passar do tempo a coisa realmente fica um pouquinho mais assim relaxada, né?"(CM5)

"A comunicação lateral ainda não é efetiva, ainda não, ela ainda não é como a gente idealizou, gostaria que fosse, ela ainda é muito truncada..." (GLM2)

Chama-nos a atenção a fala do Coordenador Médico, uma vez que assume que a comunicação lateral foi mais intensa no início da implantação por haver maior cobrança. Acreditamos que quando há conscientização por parte dos

envolvidos acerca da importância do estabelecimento de um processo de comunicação entre as diferentes unidades, alicerçado por um intenso e aberto diálogo, há maior adesão das pessoas sem que haja a necessidade de se manter sob seu domínio as condutas dos funcionários.

Parece-nos um contra-senso o fato de que o controle é necessário para a garantia do sucesso ou insucesso de um ou mais pressupostos desse modelo gerencial, o que ratifica a falha no agir comunicativo dos profissionais.

Reforçamos que para viabilizar este novo estilo de trabalho há que se alterar a cultura organizacional. Para isto é recomendado que seja facilitado o acesso de todos às informações e a criação de encontros periódicos do coletivo em cada uma destas Unidades de Produção, dentro do período normal de trabalho, de modo que o planejamento e a reflexão fizessem parte do processo habitual de trabalho (CAMPOS, 1998).

Um outro "ruído" que merece ser destacado é a centralização exercida dentro de um modelo "descentralizado" de gestão.

"Quando o enfermeiro não tem essa característica, e às vezes trabalha com um coordenador que é mais centralizador na característica dele e autoritário, isso amarra muito o trabalho do enfermeiro". (GLE3)

Isto ocorre porque determinados gerentes ou coordenadores têm introjetado o autoritarismo, não permitindo, portanto, que o poder seja relativizado e as decisões sejam tomadas pelo grupo de trabalho. Alguns Gerentes de Linha Médicos e Coordenadores Médicos concordam com tal afirmação:

"(...) na linha assistencial... eu acho que o coordenador centraliza muito, questões que se houvesse uma chefia de enfermagem poderia andar melhor em conjunto. É um poder descentralizado que centraliza às vezes no setor com o coordenador(...)" (CM3).

"Hoje o coordenador que quer, que deseja, ele organiza, ele tem autonomia para organizar a sua unidade, completa, como ele quer, como ele deseja" (GLM2).

Percebemos que ainda se almeja uma "chefia de enfermagem" que lide com os problemas dessa categoria, o que não vai de encontro com o estilo gerencial adotado.

Concordamos com Campos (1998) que o Método de Gestão Colegiada baseia-se no conceito de co-gestão sendo que todos participam do governo, mas ninguém decide sozinho ou isolado ou em lugar dos outros.

Ressaltamos que a última fala enfatiza que houve descentralização do poder, porém novamente aparece a contradição, já que este gerente coloca que é o coordenador quem tem autonomia para organizar a unidade em que está inserido "como ele quer e deseja".

Dessa forma, o fato de se ter a centralização das decisões nas mãos de alguns coordenadores ou gerentes, mesmo que em alguns casos, denota outra "falha" ou "ruído" nesse sistema gerencial.

Reiteramos que embora tenha sido discutido na unidade anterior que a maioria das pessoas percebeu as alterações advindas da implantação desse modelo de gerência, considerando-as positivas, há opiniões que contradizem essas falas:

"(...) você descentraliza, você julga que as pessoas vão ter o mínimo de bom senso e comprometimento. Aí você tem que voltar a centralizar algumas ações porque você deu pernas e as pessoas bandearam (...)" (GLE1)

"(...) Ainda não tem adesão de todas as pessoas, especialmente dos mais antigos... Tem pessoas que acham que tem que ter uma pessoa pra estar gerenciando, pra estar mandando, e na verdade, não é isso, cada um tem que saber das suas responsabilidades e trabalhar em equipe (...)". (GLE2)

"(...) às vezes a gente sente que o funcionário, principalmente o meu setor que tem o maior número de funcionários antigos, têm uma certa dificuldade de se adaptar. Eles sempre fazem menção ao outro tipo de gestão. São pessoas que precisam de alguém pra mandar, pra decidir (...)" (CE1)

Tal fato nos remete a introjeção do Modelo Tradicional de Gestão, no qual, no caso da equipe de enfermagem, há uma "chefia" que determina o trabalho a ser realizado, quem vai realizá-lo, quando, e com quais recursos materiais. Esse controle exercido bloqueia a motivação e a criatividade do grupo, rotinizando o trabalho. No entanto, alguns funcionários, especialmente os que têm maior tempo de profissão, têm dificuldade de superar esse método instituído a acabam contribuindo para atravancar o estabelecimento de uma forma mais contemporânea de gestão.

Entendemos serem esses os principais "ruídos" levantados a partir das falas dos Gerentes de Linha e Coordenadores Enfermeiros. Passamos então a revelar o que emerge das falas dos profissionais enfermeiros.

4.4.2 Ruídos encontrados nas falas dos Enfermeiros

Neste momento, buscamos levantar os "ruídos" provenientes das colocações dos enfermeiros entrevistados. Cabe ressaltar que o Modelo de Gestão Descentralizada, além de outros aspectos, enfatiza o trabalho das equipes organizadas em unidades de produção, bem como a profissionalização das gerências para que os mesmos atuem como articuladores da equipe com vistas à garantia de uma atenção qualificada.

Com base nesse conceito, ressaltamos que os gerentes devem trabalhar com as respectivas equipes de modo a viabilizar a autonomia para os diferentes integrantes na tomada de decisão. No entanto, emergem das falas de alguns enfermeiros alguns contra-sensos:

"(...) Se a coordenação é formada por médicos, então é claro que tudo fica a favor deles, entendeu?" (E10)

"(...) as decisões ainda têm que passar para o coordenador que é médico." (E9)

"(...) Eu tenho essa autonomia de estar interferindo, claro que dentro dos limites. Mas tem algumas decisões que a gente percebe nitidamente que se a gente não puxar o coordenador "espera aí que a gente tem que resolver isso junto", ele decide sozinho. Ele decide sozinho e coloca que foi em nome do grupo, que foi o grupo que resolveu". (E2)

"(...) Quem decide tudo é a coordenadora que é médica. Você pode ter razão, mas o que vale é a opinião dela". (E10)

"(...) Piorou a tomada de decisão para o enfermeiro, ele não toma decisão, precisa levar para o coordenador dele. Eu sempre fui muito resolutivo... Eu bati muito de frente entendeu? Eu acho que até mesmo alguns enfermeiros evitam o contato com os coordenadores... O enfermeiro aqui é pouco reconhecido. São poucos os que reconhecem". (E8)

"A maioria das decisões tem que passar pela coordenadora. Quase tudo, quase tudo... Ela chegou a falar que qualquer tomada de decisão da minha parte com os funcionários, auxiliares ou técnicos, tinha que falar com ela primeiro, então você vê, tira toda a sua autonomia, você não tem comando nenhum. É... ela é uma coordenadora que está lá na sexta, que é plantão dela de 24 horas e os outros dias é "am passã", às vezes. Se eu tiver que decidir alguma coisa quando ela não está, tem que ser a gerente ou então ligar para ela, ligar no celular". (E12)

Nós como enfermeiras da unidade, nos reportamos diretamente à coordenação e a coordenação muitas vezes encaminha às outras unidades para serem resolvidos". (E3)

"(...) nós ficamos assim sem autonomia, eu qualquer coisa que teria que fazer teria que comunicar com a minha coordenadora primeiro (...)" (E12)

"Não muda porque você está vendo o seu dia-a-dia, então se você quer modernizar você, automaticamente você é líder para decidir o que é melhor para a sua unidade (...)" (E3)

Conforme podemos observar, embora a proposta do modelo seja de que o gerente consiga articular os vários saberes para que se chegue a decisões grupais que garantam a qualidade do atendimento, ainda persiste a centralização das decisões no coordenador. Desse modo, ele acaba decidindo sem que haja a participação dos membros que compõem a unidade de trabalho.

Concordamos com Campos (2002) que o desenho institucional democratizado, como a Gestão Colegiada, é incompatível com a tradição autoritária e centralizadora.

Acreditamos que alguns coordenadores, mesmo conhecendo os pressupostos desse modelo gerencial, trazem consigo uma forte resistência à relativização do poder e das decisões, especialmente quando se trata de um profissional médico assumindo esses cargos. O paradigma hegemônico da prática médica parece difícil de ser superado, principalmente quando se pretende criar novas instituições, novas formas de se fazer a gerência, com uma política baseada no diálogo, no vínculo com as pessoas, no compartilhamento das responsabilidades e das decisões.

Dessa forma, destacamos o grande "ruído" presente nas falas dos enfermeiros quando afirmam que alguns médicos são centralizadores. Tal fato nos leva a crer que estes profissionais rejeitam qualquer forma de controle interno ou externo, reconhecendo os demais profissionais como "subordinados" a eles.

É justamente porque mantêm uma relação de grande autonomia em relação à organização que os médicos rejeitam qualquer "processo gerencial" que

coloque em risco o *statu quo* atual. O corpo médico funciona como cliente do hospital, no sentido que vê especialmente a enfermagem como "fornecedores" de insumos para o seu trabalho (CECÍLIO, 2002a).

Assim, alguns profissionais médicos que ocupam cargos de coordenação criam resistências ao modelo gerencial adotado, fato que se caracteriza em um novo entrave para a concretização do mesmo.

Essa falta de autonomia citada pelos enfermeiros, conseqüentemente denota a perda de poder, o que também contradiz o que pressupõe o Modelo de Gestão Colegiada.

"(...) muitas vezes a gente não concorda, fica sendo pressionado, entendeu? Eu, por exemplo, saí da emergência, não consegui ficar lá porque bati de frente com a coordenadora, batia de frente com alguns médicos porque não vêm, por ter determinada postura. Às vezes eu não concordava e a coordenadora estava conivente (...)" (E12)

"(...) aqui a gente é mandado, entendeu? Não tem autonomia pra decidir... Se a coordenadora não quer que a incubadora fique naquele lugar, não vai ficar naquele lugar porque ela não quer, entendeu? Isso é um exemplo muito básico, mas tem outro. Eu faço o procedimento que você viu, a implantação do cateter (epicutâneo), mas muitas vezes, eu percebo que aquele procedimento não vai ter sucesso... E eu não sou ouvida por isso, entendeu? Eu tenho que fazer a minha tarefa. Se eu me recuso é um escândalo. Elas falam alto "você tem que tentar, porque o índice de infecção tem que ser mínimo, tem que ser zero... Existe uma coordenação e ela manda entendeu?" (E10)

Essas falas são ratificadas pelo próprio Coordenador Médico:

"(...) É um poder descentralizado que centraliza às vezes no setor com o coordenador... Eu acho que o grupo de enfermagem tem que ter alguém para... ela tem que ter um suporte". (CM3)

Consideramos importante ressaltar que há contradições nessas falas, já que ao mesmo tempo em que consideram que houve descentralização, colocam que às vezes o poder se centraliza no coordenador, além de julgarem haver

necessidade de se ter o “suporte” de algum enfermeiro que, de certa forma, se responsabilize pela enfermagem.

Não faz parte dos pressupostos desse modelo gerencial que haja coordenações ou “chefias” por categorias, mas que se tenha um indivíduo que seja capaz de integrar os vários profissionais que atuam na unidade.

Complementa Cecílio (2002a) que o gerente ou coordenador é o “animador da equipe” e deve integrar de fato todas as pessoas de forma que se consiga quebrar a lógica segregadora das corporações. Este indivíduo deve conseguir que os membros da equipe conversem de forma sistemática entre si, assumindo sempre compromissos centrados na qualificação do atendimento prestado ao usuário.

Vale ressaltar que a última fala dos enfermeiros nos parece extremamente preocupante, uma vez que desqualifica por completo o trabalho destes profissionais e supervaloriza o poder do coordenador médico.

O enfermeiro tem um saber próprio, com critérios técnico-científicos de competência e valores éticos que devem ser respeitados e valorizados. Porém, no caso acima descrito, este profissional não tem qualquer poder de decisão, inclusive não tendo autonomia nem sobre a execução do seu trabalho.

Destacamos a colocação desse enfermeiro por talvez representar a mais intensa contradição entre o que é pregado oficialmente pelos gerentes e coordenadores e o que é percebido ou vivenciado pelos trabalhadores. É uma representação clara do poder médico pautado nos preceitos de Weber; o poder legal-formal, verticalmente hierarquizado, burocratizado e dominador.

> *“Essa dimensão do poder / dominação, apesar de ser a mais facilmente reconhecida pelo senso comum, ao portar com ela o conceito de “chefe”, não é suficiente para pensar o conjunto das relações de poder que existem na organização hospitalar”* (CECÍLIO; MENDES, 2004, p.10).

Além do poder Weberiano, o qual se dá por meio da relação de imposição-obediência, há outra forma na qual um também exerce poder *sobre* o outro. É o poder disciplinar conceituado por Foucault.

> *"... o exercício do poder seria uma maneira para alguns de estruturar o campo de ação possível dos outros. Deste modo, o que seria próprio a uma relação de poder é que ela seria um modo de ação sobre ações"* (FOUCAULT, 1995-b, p.295).

Michel Foucault define o poder incluindo a liberdade como elemento importante, uma vez que o poder só se exerce sobre "sujeitos livres". Somente assim esses indivíduos têm um campo de possibilidades onde diversas condutas, reações, diversos modos de comportamento podem acontecer.

Essa concepção de poder também é visualizada na instituição, já que há disciplinarização de alguns atos hospitalares. A última fala dos enfermeiros evidencia isso, pois é preconizado pelo coordenador o desenvolvimento da técnica de Implantação do Cateter Epicutâneo metodicamente, tornando este procedimento, que devia passar por avaliação prévia do enfermeiro, uma regra a ser cumprida disciplinadamente.

Tal fato evidencia o controle e a disciplina como uma dimensão do poder na vida organizacional que, para além das linhas de autoridade legal-formal, falam-nos de inumeráveis relações que formigam na micro-política do hospital e que precisam ser levadas em conta no processo de gestão das organizações hospitalares (CECÍLIO; MOREIRA, 2001).

Ao nosso ver, este aspecto "escapa" aos olhos de alguns gerentes e coordenadores, já que não vislumbram essa micro-política, podendo trazer conseqüências negativas para os usuários.

Sabemos que o hospital deve trabalhar com os princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e qualidade da assistência para atendimento a todos os cidadãos. No entanto, não incorpora a diversidade de atores que compõem esse universo hospitalar, todos eles portadores de projetos e com autonomia e liberdade para estabelecer relações e disputar seus projetos. Dessa maneira, uma gama de questões relacionadas à natureza organizacional e funcional, à rede de relações e à diversidades de variáveis relativas à micropolítica do trabalho em saúde não são consideradas (JORGE, 2002).

Nesta perspectiva, entendemos que o Modelo Colegiado de Gestão, implantado no hospital em estudo fica descaracterizado quando utiliza o poder não como resultante da capacidade humana de agir conjuntamente, onde a comunicação e o debate são essenciais, mas como forma de controle, disciplina, de exercício da autoridade, de mando de um sobre o outro.

Essa outra concepção de poder, denominada por Cecílio e Mendes (2004) de cooperação e consenso traz a idéia de poder **de** e não de poder **sobre**. Essa dimensão é descrita por Arendt e Parsons e trata do entendimento de que o poder pertence a um grupo e não a um indivíduo isoladamente. Essa é a forma de poder pretendida num sistema de gestão participativa e descentralizada.

Contudo, concordamos com Cecílio e Mendes (2004) que as três dimensões de poder apresentadas estão presentes nas instituições hospitalares.

> *"... modelos de gestão do tipo participativo, mais "democrático", que enfatizam a dimensão cooperação / consenso, deixam na sombra as outras dimensões do poder, o que pode explicar um certo "mal estar da organização", isso é, os trabalhadores são de alguma forma subestimados na sua capacidade de percepção das contradições entre os vários tipos de sentidos da vida organizacional sinalizados pela direção, e operacionalizados, em particular, pelas gerências que lhes são mais próximas"* (CECÍLIO; MENDES, 2004, p.13).

Isto significa que há nas instituições momentos de controle, disciplina, de punição, de imposição, mas também de compartilhamento, de cooperação, de busca de consenso. Nossa preocupação consiste no fato de que no hospital em questão, pode haver o uso muito maior do poder no sentido da coerção, da imposição, da disciplinarização do que da cooperação, da comunicação e do consenso.

Neste contexto, entendemos que este poder hegemônico, historicamente arraigado às organizações, contribui para que as coordenações das unidades de produção sejam ocupadas preferencialmente pelo profissional médico, ainda que não vá ao encontro das expectativas e preferências do grupo de maneira geral.

"Não, eu não acho que o poder foi distribuído. Eu acho que o enfermeiro deveria ser ouvido um pouquinho mais. (...) O enfermeiro trabalha muito, muito, muito, e eu acho que a coordenação deveria dar um pouquinho mais de chance aos enfermeiros". (E8)

"O poder não está centralizado na direção; a nossa perda de poder foi nas próprias unidades, por causa da situação, de não ter uma coordenação de enfermagem (...)" (E9)

"(...) o coordenador tem o nome de coordenador, mas quem resolve não é bem ele. Quem está resolvendo na realidade é a supervisão, então eu acho que deveriam dar uma oportunidade (...)" (E8)

Evidenciamos que esta é também uma preocupação de alguns Gerentes de Linha:

"(...) eu acho também que quem acaba coordenando a unidade é o enfermeiro. Já sugeri que passasse pro enfermeiro, mas pra isso tem que ter uma atitude de outras pessoas". (GLE2)

O Modelo de Gestão Colegiada propõe que as decisões partam do grupo de trabalho, portanto, os indivíduos que integram cada unidade necessitariam decidir, em conjunto, qual profissional deveria ocupar determinado cargo. Todavia, podemos notar que não é o que ocorre, uma vez que as indicações para a ocupação das coordenações e das gerências partem da Direção Geral, inclusive com participação, em alguns casos, da Prefeitura Municipal.

Entendemos que o enfermeiro lida melhor com as questões administrativas do que os médicos, já que possui formação nessa área. Sabemos que esse preparo ainda é incipiente no que se refere a modelos contemporâneos de gestão, pois o investimento maior em termos gerenciais no decorrer da formação acadêmica, ainda está pautado na Abordagem Clássica da Administração, que é o modelo predominantemente utilizado nas instituições de saúde. Ainda assim, se o enfermeiro for capacitado para tal, acreditamos ser o profissional mais apto para o exercício das funções gerenciais.

Como se trata de uma proposta mais atual de gestão, todos os envolvidos devem ser capacitados. Um dos grandes desafios para todos os profissionais consiste no trabalho grupal, no compartilhamento de idéias, na escuta maior, na valorização do potencial alheio. Um outro aspecto relevante que facilita a organização do trabalho, o planejamento das ações e a interação e integração com o grupo de trabalho é a permanência ininterrupta na instituição, coisa que o médico não o faz.

Relata Jorge (2002) que uma das mais importantes tensões do processo gerencial que aparece nas unidades assistenciais refere-se ao fato do coordenador formal em saúde ser representado por um médico que, pela especificidade da inserção dele no hospital, não permanece o tempo todo

acompanhando e monitorando este processo. Isso apresenta como conseqüência, que essa coordenação, na prática e ainda que informalmente, seja feita pela enfermagem, que institucionalmente não tem essa atribuição reconhecida. Dessa forma, para que sejam obtidos melhores resultados, tanto do ponto de vista de uma melhor e mais articulada assistência, quanto do ponto de vista de um trabalho de equipe mais compartilhado, há que se repensar esse papel de coordenação do processo de cuidado em saúde, de modo a criar um consenso na nova forma de gestão.

A permanência por tempo limitado na instituição, somada ao fato de que alguns médicos não se interessam pelas questões administrativas, faz com que estes deleguem várias funções ao enfermeiro. Esta situação fica comprovada pela fala do Coordenador Médico que se segue:

> "(...) o médico não adere muito à mudanças. Tudo que você convida pra participar a gente mostra que a adesão é muito pequena. O médico quer vir trabalhar e ir embora, ele não quer saber de ficar participando de reuniões, de ficar ouvindo se mudou, se não mudou, ele quer vir, ter o material que ele precisa, fazer o que tem pra fazer e ir embora, até porque a própria vida, a rotina do médico é muito corrida". (CM5)

Dessa maneira, em muitos casos, formalmente quem exerce a coordenação da unidade é o médico, mas quem exerce a coordenação informal e verdadeiramente é o enfermeiro.

Não estamos aqui designando que o profissional enfermeiro deva ser o coordenador das várias unidades de produção, pois estaríamos contradizendo nossa colocação anterior de que cabe ao grupo essa decisão. Acreditamos sim, que se devam estabelecer fóruns permanentes de integração do trabalho em equipe para que o profissional que ocupa o cargo de coordenador, especialmente o médico, possa se inserir efetivamente na equipe e assumir integralmente suas atribuições,

principalmente a de articulador nesse processo. Somente assim, o coordenador poderá criar vínculo efetivo com a instituição, com a equipe e com os usuários.

Na tentativa de enfrentamento do problema levantado, os enfermeiros participam de reuniões e discussões onde colocam sobre a possibilidade de assumirem essas responsabilidades.

"(...) Quanto a dar oportunidades aos outros enfermeiros já cansei de falar e não teve mudanças". (E8)

"A gente pode colocar em reunião, pode falar, mas não muda nada, entendeu? Isso acontece porque as pessoas não concordam, podem até ouvir, mas não concordam, pronto acabou". (E10)

Conforme podemos observar, apesar das tentativas, não houve alteração na forma de condução dessa gestão no que tange à escolha dos coordenadores, fato que demonstra que não houve democratização efetiva na vida institucional.

Além desses, um outro aspecto que deve ser ressaltado é que houve um verdadeiro enclausuramento das equipes nas unidades de trabalho. Cada qual procura resolver seus problemas internamente, sem que haja a participação das demais equipes.

"O que acontece é que cada um tem o seu castelinho, cada um tem o seu mundinho... Quando precisamos de um remanejamento é muito mais difícil, porque eu dependo de outra gerência... Eu acho que criou uma individualidade... Cada um resolve os seus problemas". (E3)

O que ocorre nesse caso é o isolamento dos profissionais no seu setor de trabalho e o que acaba acontecendo é o desconhecimento dos múltiplos aspectos que envolvem a instituição como um todo. Tal fato é conseqüência do não

estabelecimento efetivo de uma comunicação lateral ou interunidades, já descrita anteriormente.

"A gente acaba aprendendo a se virar, porque existe o individualismo...As reuniões entre enfermeiros pra discutir esses problemas é uma das coisas mais escassas que tem aqui no hospital, é uma dificuldade enorme conseguir reunir os enfermeiros (...)" (E2)

"Um ponto negativo é a quase ausência de reuniões entre os enfermeiros... Eu acho que o enfermeiro fica numa forma de gerenciamento descentralizado, mas acaba se centralizando dentro da unidade". (E7)

Não consideramos adequado o estabelecimento de reuniões por categorias profissionais, porém acreditamos que deva haver momentos de encontro das várias equipes que integram as unidades de produção, justamente para que haja maior interação entre elas e o compartilhamento dos problemas e resultados positivos que fazem parte do cotidiano de cada uma. Assim, seria possível a concretização da comunicação inter equipes e a conscientização de que o mais importante é a busca conjunta para resolução dos problemas em âmbito institucional e não apenas ao nível das unidades.

Com base nos aspectos levantados, podemos visualizar o quanto é "ruidoso" e cheio de entraves o modelo de gestão adotado, porém passíveis de serem trabalhados desde que haja engajamento de todos os elementos da equipe multiprofissional e compreensão intensificada de todos os pressupostos da Gestão Colegiada.

4.4.3 Ruídos encontrados nas falas dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

No que se refere aos profissionais de nível médio, chama-nos a atenção o fato de que não houve qualquer alteração no cotidiano de trabalho destes

profissionais. Notamos que eles estão completamente "fora", excluídos deste modelo gerencial.

"(...) quando eu tenho alguma coisa para falar, eu falo com a minha supervisora (...)" (TE6)

"Para mim está tudo igual (...)" (AE9)

"Para mim não mudou em nada. Não houve alteração (...)" (TE1)

"Olha, pra mim, eu faço o que eu fazia antes". (TE6)

Alguns coordenadores concordam com estas falas conforme podemos observar:

"Pra falar a verdade, mudanças assim é difícil notar, sabe? A parte de enfermagem, a parte de técnico de enfermagem, assistente de enfermagem não alterou muita coisa não. (...)" (CM5)

Sabemos que o interesse e o desejo de todos os trabalhadores sempre, em todas as situações, devem ser considerados. Os objetivos devem ser comuns e as decisões tomadas pelo grupo, sendo que desse grupo, participam todas as categorias profissionais, inclusive os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Campos (2000) coloca que inventar distintas formas de Co-Gestão implicaria diminuir o poder do Executivo (do governo) e da cúpula dirigente, ampliando, em conseqüência, o dos trabalhadores e usuários.

No entanto, a realidade é que há agentes com distintas cotas de poder, diferentes capacidades de análise e de intervenção na realidade e com diversos graus de autonomia pessoal e social (CAMPOS, 2000).

Desse modo, fica evidente o enorme "ruído" caracterizado pela não inserção desses agentes da equipe de enfermagem que quase não têm poder nenhum, nem tampouco a capacidade de intervir nos problemas e decisões no

âmbito da sua unidade de trabalho, ou menos ainda, ao nível de instituição como um todo.

Assim, os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem continuam atuando conforme faziam no modelo tradicional, baseado na Abordagem Clássica da Administração, ou seja, se remetendo ao enfermeiro da unidade sempre que necessário.

"(...) Nós temos, por exemplo, a nossa chefe geral e, no caso, nós levamos à ela e ela toma as providencias". (AE7)

"(...) Na minha época tinha uma chefe que tinha que responder pelo hospital inteiro, depois foi se dividindo, foi entrando mais chefe, qualquer problema pode levar para aquelas pessoas". (TE6)

"Ficou tudo igual, porque quem continua resolvendo nosso problema é a enfermeira". (AE9)

"O poder está nas enfermeiras e no pessoal de linha (...)" (AE4)

"A Gerência de Linha, a enfermagem, né,superior tem poder para resolver sim". (TE5)

"Se você tem algum problema você procura a chefe imediata e ela procura resolver sem ir até a gerência de linha (...)" (TE2)

"(...)A gente passa pra elas (as enfermeiras). Então não é a gente resolver, elas é que resolvem, mas ficou melhor. Os médicos dão muito mais atenção pra elas do que pra mim". (AE2)

"(...) a gente chega e fala com a supervisora da enfermagem. Se ela acha que tem algum problema, vai lá, conversa com eles e aí eles decidem o melhor pra gente". (AE5)

"(...) Se você tiver algum problema, pode acionar a supervisora (...)" (TE4)

Percebemos pelas falas que os integrantes da equipe de enfermagem relatam que hoje há mais enfermeiros a quem podem se reportar, sendo que são estes profissionais que têm o poder de decisão.

Desse modo, ao contrário do que se espera, não há participação desses funcionários nos processos decisórios e nem tampouco investimento no potencial de cada um.

Salientamos que o que se pretende no Modelo Gerencial Participativo é que haja um governo conjunto e não o governo de um sobre os outros. Pretende-se capacitar sujeitos para o exercício da liberdade, para assumir riscos e o prazer da criação, para estarem preparados para contratar compromissos e para respeitar a missão primária da instituição (CAMPOS, 1998).

Assim, há um grande desejo de que haja a participação de todos os envolvidos e a co-responsabilização em todos os sentidos. Consideramos uma importante falha o fato de não haver a incorporação desses agentes, que representam um quantitativo expressivo na vida hospitalar e que trazem consigo uma vivência e um potencial que devem ser valorizados. Há então uma descaracterização do modelo quando novamente podemos afirmar que não houve democratização em todos os níveis na instituição.

Como não foram inseridos no processo, é fácil entendermos que os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem não têm compreensão clara acerca dos aspectos que envolvem a comunicação nesse modelo gerencial:

"(...) eu quase não vejo comunicação nenhuma". (TE1)

"(...) Agora está mais difícil a comunicação de maneira geral". (AE8)

Notamos que esses elementos da equipe de enfermagem não percebem alteração no processo de comunicação, nem mesmo intra-unidade, talvez porque continuam se reportando ao enfermeiro, exatamente como se fazia no modelo gerencial anterior.

Entendemos que estes aspectos são bastante relevantes na medida em que contribuem com o insucesso desse modelo de gestão. Para se construir um Modelo de Gestão Colegiada, é imprescindível que a instituição incorpore o conjunto de trabalhadores como verdadeiros sujeitos do processo de produção. Isso é possível se houver espaços coletivos que possibilitem a participação efetiva e a discussão acerca dos processos de trabalho desenvolvidos. Estes espaços devem possibilitar a reflexão sobre todos os problemas e propostas de solução.

Neste contexto, com base na análise dos “ruídos” extraídos das falas dos profissionais entrevistados, especialmente da equipe de enfermagem, identificamos que o processo gerencial adotado, da forma como vem sendo conduzido, é insuficiente para conseguir adentrar e intervir sobre a micropolítica institucional, deixando lacunas entre o que propõe o Modelo de Gestão Colegiada e a realidade vivenciada pelos trabalhadores.

5. Considerações Finais

5. CONSIDERAÇOES FINAIS

O presente estudo surgiu do desejo de analisar as transformações ocorridas no cotidiano de trabalho de diferentes profissionais, decorrentes da implantação de um modelo gerencial inovador e participativo.

O local de estudo trata-se de um hospital público que adotou um regime de comodato com a Prefeitura Municipal de Volta Redonda – RJ, sendo esta quem oferece os recursos financeiros para o pagamento dos funcionários. Os demais custeios do hospital são provenientes do faturamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A principal missão desta instituição, cenário deste estudo, é garantir a integralidade do cuidado ao usuário, sempre pautada nos princípios do SUS. Para que isso seja possível, vêm ocorrendo mudanças significativas desde 1993, com repercussão positiva nos dias de hoje. Uma das principais alterações ocorridas foi a transposição do estilo gerencial. A instituição investiu em um modelo contemporâneo, que prevê a descentralização do poder, a distribuição da autoridade e responsabilidade, a maior interação pessoal e grupal, bem como o achatamento do organograma, com a abolição das chefias intermediárias. A esse modelo participativo de gerência dá-se o nome de Gestão Colegiada.

Assim, foram criadas duas Linhas de Cuidado (“Gerência de Linha de Cuidados Adultos” e “Gerência de Linha de Cuidados da Mulher, da Criança e do Adolescente”) e uma Linha de Apoio Logístico (“Gerência de Linha de Apoio Logístico e Administrativo”). Em cada Gerência há um médico e um enfermeiro que buscam facilitar a integração da equipe, bem como a integralidade do atendimento ao usuário. Respondem à Gerência de Linha os coordenadores de cada unidade.

Esses elementos são (ou deveriam ser) articuladores que visam tornar as unidades em espaços vivos, dinâmicos, que efetivamente consigam pensar novas formas de qualificar a assistência prestada. Para apoiar os coordenadores no cotidiano de trabalho existem os Grupos de Apoio à Gerência (GAG) que colaboram nas discussões das dificuldades encontradas, auxiliam no monitoramento das pendências, preparam, conjuntamente com o coordenador, as pautas a serem discutidas em reunião, além de outras atribuições.

Este estilo gerencial depende de vontade política e de condições objetivas. De acordo com Campos (2000) a co-gestão de Coletivos Organizados para Produção se propõe a trabalhar com Sujeitos e com as Instituições. Um movimento interferindo e modificando o outro a todo tempo.

> *"Pensar novos valores e uma nova ética; mas tratar de organizar uma vida material que estimule a lógica da co-gestão e não a outra da dominação. Pensar não em dispositivos de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos: a base da co-gestão, ninguém governa sozinho. Tomar a assunção de compromissos e a autonomia do Sujeito como uma relação dialética, uma relação indissociável do modo como se opera a relação entre democracia e instituição"* (CAMPOS, 2000, p.44).

Sabemos que um sistema de co-gestão depende do desenvolvimento da capacidade de direção de todos os membros desse coletivo e não apenas da cúpula gerencial, já que co-gestão significa governar conjuntamente e é, portanto, uma tarefa inerente a todos da equipe.

Onocko e Amaral (2002) complementam que o exercício da autonomia não pode se dar sem a existência do sujeito coletivo, uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas onde seus membros buscam defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas.

Assim, ao se propor esse estilo gerencial que enfatiza a criatividade e a autonomia nos processos de decisão, deve-se pensar mais intensivamente em uma

comunicação lateral ou horizontal, que permita grande inter-relação entre as diferentes unidades.

Percebemos que grande parte dos profissionais entrevistados relatou alterações no processo de comunicação, identificando facilidades, uma vez que têm maior acesso às coordenações, gerências e até à direção. No entanto, muito há que se fazer para que haja uma comunicação interunidades mais efetiva. A lateralização no processo de comunicação ainda é incipiente. Cada equipe trabalha isoladamente dentro do seu espaço, e muitas vezes, desconhece aspectos importantes dos outros setores.

As unidades de produção, neste modelo gerencial inovador, possuem grande autonomia para estruturarem seus processos de trabalho, mas demanda uma grande capacidade de coordenação para que os projetos de cada uma delas não se constituam em pedaços sem identidade (ONOCKO; AMARAL, 2002).

Assim como no processo de comunicação, a tomada de decisão e o poder aumentaram ao nível da unidade de trabalho. Os profissionais que ocupam cargos de Gerência de Linha e Coordenação sentem-se com maior autonomia para resolver problemas internos ao hospital. Entretanto, é relatada a falta de governabilidade para assuntos cuja decisão depende da Prefeitura Municipal. Isto ocorre porque a instituição, que é uma autarquia pública, necessita do aval do Prefeito para os aspectos que envolvem Recursos Humanos. O hospital não tem poder para contratar funcionários, portanto, quando há férias, licenças, faltas, ocorre um aumento da defasagem de pessoal, o que leva à sobrecarga de trabalho além de contribuir com a redução da qualidade no atendimento prestado.

Entendemos ser este um aspecto negativo que vem prejudicar a consolidação do modelo de gestão adotado, uma vez que este prevê autonomia para decidir, em todos os níveis, inclusive no que tange à seleção de pessoal.

Analisa Motta (2002) que a ausência de poder gera inibição e imposição à inconformidade. Já a liberação do poder, acompanhada de incentivos para direcionar o seu uso, desperta novas idéias e novas formas de ação.

Portanto, é discutível a viabilidade da descentralização do poder quando não há plena autonomia por parte da organização para gerenciar os recursos financeiros. Ao nosso ver, somente os atores internos, ou seja, aqueles diretamente envolvidos, têm condições de avaliar a necessidade do recrutamento de pessoas para compor o quadro de funcionários.

Cabe ressaltar também que, as indicações políticas nem sempre são viáveis à instituição. Nesse sentido, para evitar desajustes maiores, muitas vezes a Direção, conjuntamente com seu grupo de trabalho, opta por manter determinados indivíduos em cargos de coordenação, ainda que não estejam correspondendo às expectativas da equipe.

Cecílio (2002a) coloca que tem sido possível estabelecer um certo "padrão de financiamento" dos hospitais governamentais suficiente para suprir suas necessidades financeiras mais básicas. A folha de pagamento de pessoal fica sob a responsabilidade do governo municipal ou estadual e todo recurso gerado pelo hospital é repassado integralmente para seu custeio, política salarial complementar e pequenas obras de investimento. Portanto, *"não é correto afirmar que existe uma escassez de recursos financeiros de tal ordem que justifique o mau funcionamento dos hospitais governamentais"* (p.305).

No entanto, ressaltamos que a autonomia de gestão é um dos pontos mais difíceis de ser trabalhado. A falta de governabilidade sobre a política de pessoal certamente contribui com a redução da qualificação do atendimento prestado pelo hospital público.

Além desses, outro aspecto vem dificultar a concretização do modelo participativo de gestão, especialmente no que tange à tomada de decisão e ao poder. Grande parte dos funcionários de nível elementar não está completamente engajada neste processo, de modo que continuam levando ao enfermeiro as suas dúvidas, dificuldades ou problemas encontrados na sua unidade de trabalho, para que este decida qual o caminho a percorrer.

Acreditamos que este fato é explicado historicamente, visto que desde o surgimento dessas categorias, a hierarquia na equipe de enfermagem é respeitada. Dessa forma, preservou-se que quem tem o poder de decisão é o enfermeiro, o que nos leva a pensar que ainda restam traços do estilo tradicional de gestão que retrata a dificuldade de participação nas decisões, o servilismo, a renúncia aos próprios desejos, idéias, para compor os interesses dos profissionais que adquiriram, no decorrer do tempo, maior autonomia e poder.

Faz-se então necessário a concretização do desmonte desse estilo gerencial arcaico. Para isso, há que ocorrer a conscientização dos técnicos e auxiliares de enfermagem e melhor explicitação dos pressupostos que envolvem esse modelo de gerência. Assim, na medida em que se sentirem valorizados e entenderem que sua participação no levantamento e identificação das propostas de solução dos problemas é essencial, demonstrarão maior envolvimento, interesse e, certamente, contribuirão mais positivamente no alcance dos objetivos propostos.

Para Onocko e Amaral (2002) essa cultura organizacional em que alguns mandam e a maioria cumpre necessita de mudança. Esta estrutura administrativa horizontalizada, sem níveis intermediários de decisão entre as equipes e o colegiado de gestão, possibilita que ocorra maior agilidade nas decisões e que as diferenças clássicas de *status* institucional entre os poderes sejam atenuadas.

Dessa forma, ressaltamos que é essencial a adesão de todos os envolvidos, inclusive dos funcionários de nível mais elementar, visto que as unidades de produção, neste modelo, possuem grande autonomia para estruturarem seus processos de trabalho, o que é ideal para o estímulo à criatividade e à desalienação.

Por outro lado, cabe salientar que, apesar dessa desarticulação dos técnicos e auxiliares de enfermagem em relação ao modelo adotado, os mesmos conseguem visualizar que houve relativização do poder e da autonomia para decidir no seu espaço de trabalho, ainda que sejam outros profissionais que utilizem destas ferramentas da gestão.

Assim como os funcionários de nível médio, todos os profissionais que atuam no período noturno também se sentem desvinculados desse modelo de gestão.

Apesar da Direção ter determinado que esses profissionais respondam à coordenação da Urgência / Emergência, há pouco ou nenhum contato o coordenador ou com a Gerência de Linha, visto que os coordenadores e os gerentes permanecem na instituição apenas no período diurno e não assumem a responsabilidade total pelo plantão noturno. Tal fato acarreta em informações não recebidas ou distorcidas e à não participação desses funcionários nas decisões relativas à sua própria unidade de trabalho ou à instituição de maneira geral. Isto

contribui com a descaracterização do modelo gerencial, uma vez que os enfermeiros supervisores e os demais funcionários que trabalham no noturno continuam executando as mesmas atividades e da mesma forma que faziam no modelo anterior.

Ainda a esse respeito, salientamos que o coordenador da Urgência / Emergência, bem como a maioria das demais coordenações é composta por médicos que não cumprem seus horários de trabalho na instituição, o que leva a conflitos entre as equipes e entre as diferentes categorias profissionais.

Por várias vezes, são delegadas ao enfermeiro atribuições que deveriam ser executadas pelos próprios coordenadores, já que estes permanecem pouco tempo na instituição. Contudo, o enfermeiro nem sempre aceita essas imposições, pois não é remunerado para tal. Não estamos aqui inferindo que a remuneração é o único ponto que impossibilita o profissional de assumir atribuições do coordenador. Estamos sim evidenciando que este, muitas vezes se sente injustiçado por executar funções que não lhe cabe e que o coordenador não cumpre devido à flexibilidade de horário que nenhuma outra categoria tem.

Ressaltamos a esse respeito que o perfil do profissional deve ser valorizado, uma vez que a dificuldade em trabalhar com o médico na coordenação muitas vezes se dá pelo caráter autoritário e centralizador que possui. Aqueles que conseguem lidar com as questões do cotidiano em condições mais horizontais com as demais categorias, normalmente têm mais adeptos e, portanto, menos conflitos no seu ambiente de trabalho. Porém, notamos que o poder médico ainda é bastante forte, inclusive no hospital onde se deu o estudo. A hegemonia médica prejudica a inserção de outro profissional, como por exemplo, o enfermeiro no cargo de coordenação.

Todavia, sabemos que não há inviabilização por parte da Direção do profissional enfermeiro assumindo estes cargos.

Salientamos que é necessário investimento para a formação do “novo” gerente. Há necessidade de um processo de educação permanente, nos próprios serviços e a criação de uma “cultura gerencial” que terá que equacionar, entre outras coisas, o profissional mais “adequado” para “ser gerente”, a disponibilidade para o trabalho gerencial e a aquisição de novas habilidades, como escutar o grupo, arbitrar conflitos, ser capaz de inventar novas formas de humanizar o ambiente hospitalar.

Percebemos então, que os indivíduos que ocupam cargos de coordenação ou gerência devem ser comprometidos com a organização, ter amplo conhecimento da situação em que se encontra sua equipe de trabalho, bem como da instituição. Reiteramos que este envolvimento não é possível caso não haja a permanência e a vivência contínua na instituição.

Deste modo, acreditamos que os médicos devem ser orientados acerca da importância do cumprimento da carga horária de trabalho, assim como fazem os demais profissionais. Essa conduta permitiria a essa categoria desenvolver mais adequadamente seu trabalho, delegar apenas o que fosse necessário, bem como conhecer e interagir melhor com seu grupo e com toda a instituição de maneira geral.

Devemos salientar que, para que fique realmente concretizado esse modelo, o coordenador pode (e deve) ser escolhido pelo grupo e não ser indicado pela Direção, como ocorre atualmente. A indicação feita pela Prefeitura, pela Direção Geral ou pelos dois órgãos conjuntamente, nem sempre vem de encontro às expectativas do grupo. Assim, pode haver dissidência de um grande número de trabalhadores prejudicando a efetivação do modelo de gestão.

Há que se ressaltar, no entanto, que mesmo com as dificuldades encontradas decorrentes da implantação do Modelo de Gestão Colegiada, a grande maioria dos profissionais considera que houve uma repercussão positiva sobre o hospital, na medida em que se vislumbra atualmente a duplicação da área física, aumento do número de leitos, uma quantidade muito maior de serviços oferecidos à população, com tecnologias avançadas e um faturamento que possibilita inclusive o pagamento trimestral do “Incentivo Desempenho” a todos os profissionais contratados.

Acreditamos que o processo gradativo de incorporação do modelo foi um dos pontos que marcaram a sua concretização, visto que não é fácil transpor algo que está arraigado, introjetado, como estava (ou está) o modelo gerencial anterior.

Fica claro que problemas existem, porém os diferentes grupos têm tentado estabelecer um diálogo cada vez mais intenso, seja entre os próprios elementos que compõem a equipe, seja com a Gerência de Linha ou até com a Direção Geral do hospital.

Como nem sempre se obtém resultados positivos através dos diálogos constantes e solicitações, como acontece com a contratação de pessoal, os profissionais usam estratégias paliativas para enfrentamento dos problemas. Neste caso específico, quando possível, faz-se o remanejamento de pessoal entre as unidades ou solicita-se ao funcionário que faça “hora extra”, o que, ao nosso ver, não é a conduta mais adequada. O fato de o funcionário trabalhar além do seu horário, gera sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, insatisfação e cansaço que podem prejudicar seu rendimento levando à desqualificação no atendimento ao usuário, especialmente quando possui múltiplos vínculos trabalhistas.

Vale salientar que a estratégia de remanejamento de funcionários de outros setores nem sempre é possível, pois houve um isolamento dos profissionais em sua unidade de trabalho. Dessa forma, cada qual procura resolver seus problemas no âmbito do seu espaço de trabalho, já que, conforme foi dito, a comunicação interunidades ainda não é efetiva. Os enfermeiros colocam que não há um momento de encontro e reflexão dos problemas, não estabelecendo, portanto, vínculos mais consistentes.

Sabemos que esses problemas não deveriam ser discutidos apenas com a categoria dos enfermeiros, mas com a equipe multidisciplinar. No entanto, embora haja reuniões no Colegiado de Gerência, abertas à participação de todos os profissionais, ficou evidente que a adesão não é ampla. Consideramos ser este o momento ideal para a efetiva integração e interação entre as diferentes equipes, por constituir-se em um espaço aberto, onde todos têm direito de voz. Entretanto, a participação dos integrantes da equipe, é maior nas reuniões mensais realizadas na unidade de trabalho. Essas reuniões são necessárias ao recebimento integral do “Incentivo Desempenho” sendo, portanto, respeitadas e realizadas na presença de, no mínimo, quatro categorias profissionais diferentes, uma vez que prevê a participação da equipe multiprofissional.

Conforme relatado, também não há participação nas reuniões mensais de todos os profissionais, especialmente dos médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem. Estes justificam a indisponibilidade de tempo. Além disso, os primeiros mantêm uma postura mais inflexível em relação à diluição de poder e autonomia com as demais categorias, fato que os distancia dos momentos de participação e decisão grupal em condições de “horizontalidade”. Os últimos ainda têm introjetado a submissão e a subordinação que os imobiliza e os intimida perante os demais

componentes da equipe. Nesse sentido, há que se pensar em estratégias de estímulo a todos os profissionais, valorizando cada um, para que a presença nas reuniões seja mais consciente, mais efetiva e traga realmente propostas de solução extraídas de idéias compartilhadas entre todos os integrantes do grupo.

Com base no que foi descrito, salientamos que todos os “ruídos” ou entraves identificados, independentemente de sua proporção, evidenciaram que há contradições no processo gerencial que necessitam ser revistas.

Embora esses “ruídos” levantados impeçam a implantação plena e mais eficaz do Modelo de Gestão Colegiada no hospital em questão, verificamos que há atualmente, maior adequação e agilidade na resolução dos problemas, uma vez que possibilita maior descentralização e autonomia setorial.

Acreditamos ser imprescindível o avanço em direção à construção plena do modelo gerencial participativo. Para que isso seja possível, deve ser revisto o trabalho em equipe e a inserção de todos os envolvidos com vistas à consecução de um trabalho mais articulado, integrado e qualificado. A instituição deve garantir a autonomia de todos os profissionais e, simultaneamente, co-responsabilizar todos os envolvidos no processo.

Neste contexto, ressaltamos que a busca da flexibilidade, através da perspectiva de uma estrutura organizacional horizontalizada permite a melhoria de padrões de eficiência e eficácia, além de comprometimentos mútuos, fato que não se aplica integralmente ao hospital em questão.

Desse modo, entendemos que o modelo gerencial adotado, por todas as dificuldades ressaltadas, caracteriza-se como “parcialmente” colegiado, descentralizado ou participativo, com tendências evidentes de concretização de todos os pressupostos que compõem esse estilo na sua integralidade, desde que

haja empenho, dedicação e vontade por parte da organização, bem como da Prefeitura Municipal de Volta Redonda.

Acreditamos que o sucesso desse modelo depende da sua manutenção, da persistência dos profissionais envolvidos, da continuidade das propostas, da utilização de estratégias que visem o alcance efetivo de todos os pressupostos da Gestão Colegiada, do aprofundamento do conhecimento acerca desta temática para que haja a sustentação maior da prática por meio da teoria e do acúmulo de experiências dos trabalhadores envolvidos.

Não é concebível que a política partidária contribua para atravancar o alcance das metas almejadas e que qualquer alteração política venha a descaracterizar o modelo adotado, impossibilitando a sua concretização efetiva e forçando o retroceder de um estilo contemporâneo, inovador e desalienante.

6. Referências

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997. 296p.

ALVES, M.; CARVALHO, H.; AMARAL, M. A fundação de assistência à saúde/hospital Sofia Feldman: uma experiência de administração flexível? **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 5-11, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Persona, 1977. 229p.

BECCARIA, L. M.; FÁVERO, N. Expectativas de gerentes e assessores de enfermagem quanto ao estilo gerencial do diretor executivo de um hospital de ensino. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 83-90, 2000.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: HUCITEC, 1994. 178p.

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

_____ **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: HUCITEC, 2000. 236p.

CECÍLIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Rev. Admin. Pública,** Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, 1997.

_____ **Hospital São João Batista de Volta Redonda (RJ):** testando as possibilidades e os limites de mudanças gerenciais em um hospital governamental. 1998. Mimeografado.

* ABNT; Projeto NBR 10520: 2002.

_____ Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ci. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 315-329, 1999.

_____ O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2002a. Cap. 9, p. 293-319, parte 4.

_____ **É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde?.** 2002b. Mimeografado.

_____ Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2002c. Cap. 4, p.151-167, parte 1.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. **Propostas alternativas de gestão hospitalas e o protagonismo dos trabalhadores:** porque as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?. 2004. Mimeografado.

_____; MERHY, E. E. **O singular processo de coordenação dos hospitais.** 2001. Mimeografado.

_____; MOREIRA, M. E. **Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos:** a trama do poder nas organizações de saúde. 2001. Mimeografado.

_____ . et al. O pagamento de incentivo financeiro para funcionários como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público, Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n. 6, p. 1655-1663, nov./dez. 2002.

_____ et al. **O SUS é possível!:** Manual. Volta Redonda, 2003. 76p.

* ABNT; Projeto NBR 10520: 2002.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração.** Rio de Janeiro: Campus, 2000. 463p.

COVEY, S. R. **Os sete hábitos das pessoas muito eficazes.** São Paulo: Ed. Best Seller, 1989. 372p.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia.** São Paulo: Saraiva, 2002. 200p.

FERRAZ, C. A. Gerenciando o cuidado de enfermagem na unidade de internação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50. **Anais.** Florianópolis: COFEN, 1999. p.159-165.

_____ As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paul. Enfermagem**, v.13, nº especial, parte I, p. 91-97, 2000.

_____ **Ensaio sobre reforma político-administrativa hospitalar:** análise sociológica da transição de modelos de gestão. Ribeirão Preto, 2002. 157p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2002.

FERRAZ, C. A.; VALLE, E. R. M. Administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La enfermeria em las Américas.** Washington, D.C.: 1999. Publication Científica nº 571, p.205-226.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995a. 295p.

_____ O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Foucault uma trajetória filosófica:** para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro Forense, 1995b. p. 229-250.

FRIEDBERG, E. **O poder e a regra:** dinâmicas da ação organizada. Lisboa: Instituto Piaget, 1993. 412p.

* ABNT; Projeto NBR 10520: 2002.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991. Cap. 7, p. 91-96.

GALVÃO, C. M. et al. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Latino-am. de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 34-43, out. 2000.

GARVIN, D. A. **Managing the quality:** the strategic and competitive edge**.** New York: Free Press, 1988. 319p.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem:** versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 205p.

GOMES, E. L. R. **Administração em enfermagem:** constituição histórico-social do conhecimento. Ribeirão Preto, 1991. 194p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1991.

_____ **Saber gerir e gerir com saber:** a indeterminação do conhecimento administrativo dos enfermeiros. Ribeirão Preto, 1999. 143p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 1999.

GUIMARÃES, E. M. P. **Sistema de informação hospitalar:** instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência de unidades funcionais. Ribeirão Preto, 2004. 229p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.

HOLANDA, A. B. (org.). **Dicionário Eletrônico Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

JORGE, A. O. **A Gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo.** Campinas, 2002. 203p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2002.

* ABNT; Projeto NBR 10520: 2002.

JUNQUEIRA, L. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, jul./set. 1990.

KURCGANT, P. et al. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: _____ **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991. Cap. 1, p. 1-13.

LEOPARDI, M. T. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: _____ et al. **O processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. Cap. 2.4, p. 71-81.

LIMA, R. C. D. **A enfermeira:** uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Campinas, 1998. 244p. Tese (Doutorado) – Unicamp, 1998.

LUKES, S. **O poder:** uma visão radical. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1980.

MALTA, D. C.; CECÍLIO, L. C.; MERHY, E. E. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ci. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, abr./jun. 2004.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem:** teoria e prática. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 477p.

MARTINS, R. A.; COSTA NETO, P.L.O. Indicadores de desempenho para a gestão pela qualidade total: uma proposta de sistematização. **Gestão & Produção**, v. 5, n. 3, p. 298 – 311, dez. 1998.

MASSAROLLO, M. C. K. B. Estrutura organizacional e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991. Cap.3, p. 23-39.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo.** Brasília (DF). IPEA, 1993. 2v.

* ABNT; Projeto NBR 10520: 2002.

_____. **Sobre la teoria de las macroorganizaciones.** Santafé de Bogotá: Fondo Editorial Altadir, 1994.

MÉDICI, A. C.; SILVA, P. L. B. Administração flexível: introdução às novas filosofias de gestão. **Rev. Admin. Pública**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 26-35, jul./set. 1993.

MELO, C. **Divisão social do trabalho em enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986. 94p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: In: _____; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. Cap. 2, p. 71-112, parte 1.

MERHY, E. E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor:** um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Campinas. 2000. 227p. Tese (Livre Docência) –UNICAMP, 2000. 227p.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: _____; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. Cap.3, p.113-150, parte 2.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993. 269p.

_____ et al. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. 80p.

MOGGI, J.; BURKHARD, D. A essência da transformação. **RAE** Light, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 8-18, 1996.

MOTTA, P. R. **Transformação organizacional:** a teoria e prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001. 224p.

* ABNT; Projeto NBR 10520: 2002.

_____ **Gestão contemporânea:** a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 2002. 236p.

ONOCKO, R.; AMARAL, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: MERHY, E.E.; ONOCKO,R. (orgs.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. Cap.11, p. 353-371, parte 4.

PALADINI, E. P. As bases históricas da gestão da qualidade: a abordagem clássica da administração e seu impacto na moderna gestão da qualidade. **Gestão & Produção**, v. 5, n. 3, p.168-186, dez. 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

PEDUZZI, M.; ANSELMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PEREIRA, J. C. R. **Análise dos dados qualitativos:** estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP, 2001. 157p.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. **O processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999. Cap. 2.1, p. 25-48.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Foucault uma trajetória filosófica:** para além do estruturalismo e da hermenêutica. Forense. Rio de Janeiro, 1995, 320p.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n. 3, p. 357-372, jul./set 1996.

* ABNT; Projeto NBR 10520: 2002.

ROZENDO, C. A. **A liderança no cotidiano da enfermagem hospitalar:** entre luzes e sombras. Ribeirão Preto, 2000. 229p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000.

RUTKOWSKI, J. Qualidade no serviço público – um estudo de caso. **Gestão & produção**, v. 5, n. 3, p. 284-297, dez. 1998.

SPAGNOL, C. A. **Tendência e perspectives da administração em enfermagem:** um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte. Ribeirão Preto, 2000. 177p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000.

SVALDI, J. S. D.; FILHO, W. D. L. Gestão da qualidade total na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 9, n. 2, pt. 1, p. 238-250, mai./ago. 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

WEBER, M. **Economia e sociedade:** fundamentos da sociologia compreensiva. 4ªed. Brasília: Universidade de Brasília, 2000. 422p.

* ABNT; Projeto NBR 10520: 2002.

7. Anexos

7. ANEXOS

7.1 Anexo I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Título da Pesquisa: "*Gestão Colegiada: A visão da equipe multiprofissional*"

1. **Dados Pessoais:**

Sexo: _____

Idade: _____

2. **Dados Profissionais:**

Profissão: _____

Titulação: _____

Cargo ocupado na instituição: _____

Horário de Trabalho: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

3. **Entrevista:**

A partir da mudança organizacional hospitalar no ano de 1993, o gerenciamento em enfermagem se modificou com a nova proposta de gestão?

( ) Sim ( ) Não

Quais elementos gerenciais se alteraram?

_____

_____

_____

_____

_____

Quais foram as alterações no processo de comunicação?

Quais foram as alterações no processo de decisão?

Quais foram as alterações na distribuição de poder?

Como estas mudanças interferem no cotidiano da equipe multiprofissional?

Quais as dificuldades enfrentadas na implantação do novo modelo?

Como os integrantes da equipe enfrentam estas dificuldades?

_____

_____

_____

_____

_____

Os problemas são resolvidos mais rapidamente e de forma mais adequada?

_____

_____

_____

_____

_____

3.10 Como os diferentes integrantes da equipe participam das propostas de solução?

_____

_____

_____

_____

_____

7.2 Anexo II

AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
C.G.C. 29.063.294/0001-82
Rua N. Sra. das Graças, 235 - Tel.: (024) 342-4412
Volta Redonda

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a enfermeira **Andréa Bernardes**, aluna do doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, a realizar sua *pesquisa "Gestão Participativa: um desafio para o Enfermeiro"* nesta instituição hospitalar, em período a ser definido.

Volta Redonda, 07 de março de 2003.

Dra. Suely das Graças Alves Pinto
Diretora Geral do HSJB

7.3 Anexo III

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
C.G.C. 29.063.294/0001-82
Rua: Nossa Sr.ª das Graças, n.º 235, São Geraldo - Tel.: (24)3348-4412
Fax: (24)3342-4030 Volta Redonda-R.J.
E-mail: sah@hsjb.org.br
www.hsjb.org.br

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER

A proposta apresentada pela doutoranda Andréa Bernardes intitulada ***GESTÃO COLEGIADA: UM DESAFIO PARA O ENFERMEIRO*** está adequadamente apresentada e instruída. Atende as normas instituídas por esta Comissão de Ética sendo assim aceita sua execução através de coleta de dados no Hospital São João Batista/Volta Redonda – RJ.

Volta Redonda, 08 de março de 2004.

Rogério O. Gonçalves
Cirurgião Geral
CRM: 5245486-0

Dr. Rogério de Oliveira Gonçalves

Presidente da Comissão de Ética

7.4 Anexo IV

TERMO DE CONSENTIMENTO AUTORIZADO

Título da Pesquisa: ***Gestão Colegiada: A visão da equipe multiprofissional***

Pesquisadora: Andrea Bernardes

Eu, _____, concordo em participar da pesquisa do Projeto de Doutorado da Universidade de São Paulo da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, intitulado "*Gestão Colegiada: um desafio para a equipe multiprofissional"* que tem como objetivos:

Objetivo geral:

- Analisar as transformações ocorridas no cotidiano de trabalho dos diferentes profissionais da saúde em função da implantação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital governamental do município de Volta Redonda (RJ).

Objetivos específicos:

- Compreender a estrutura organizacional da instituição estudada na perspectiva da Gestão Colegiada;
- Identificar as alterações ocorridas na comunicação, tomada de decisão e poder decorrentes da implantação do atual modelo de gestão;
- Identificar e analisar as dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional no processo de mudança do estilo gerencial;
- Compreender como as mudanças interferem no cotidiano da equipe multiprofissional.

O caminho metodológico a ser percorrido dar-se-á mediante análise dos documentos relativos à estrutura organizacional do hospital e aplicação de um Instrumento de Coleta de Dados, utilizando como técnica a entrevista, que será gravada e realizada em local e horário que me seja adequado.

A entrevista tem a garantia de ser livre, sendo que, mesmo após o seu início, poderei recusar-me a responder qualquer pergunta específica ou a decidir acerca da conclusão da mesma. As respostas obtidas não serão fornecidas a ninguém, sendo garantido o anonimato do entrevistado. A participação ou não participação, ou a recusa em responder as perguntas, não causará qualquer efeito sobre minha pessoa ou instituição que trabalho.

Ainda, não será fornecido qualquer benefício direto ou indireto a mim enquanto entrevistado, podendo receber os resultados desta pesquisa caso me interesse por eles.

_____/_____/_____ _____

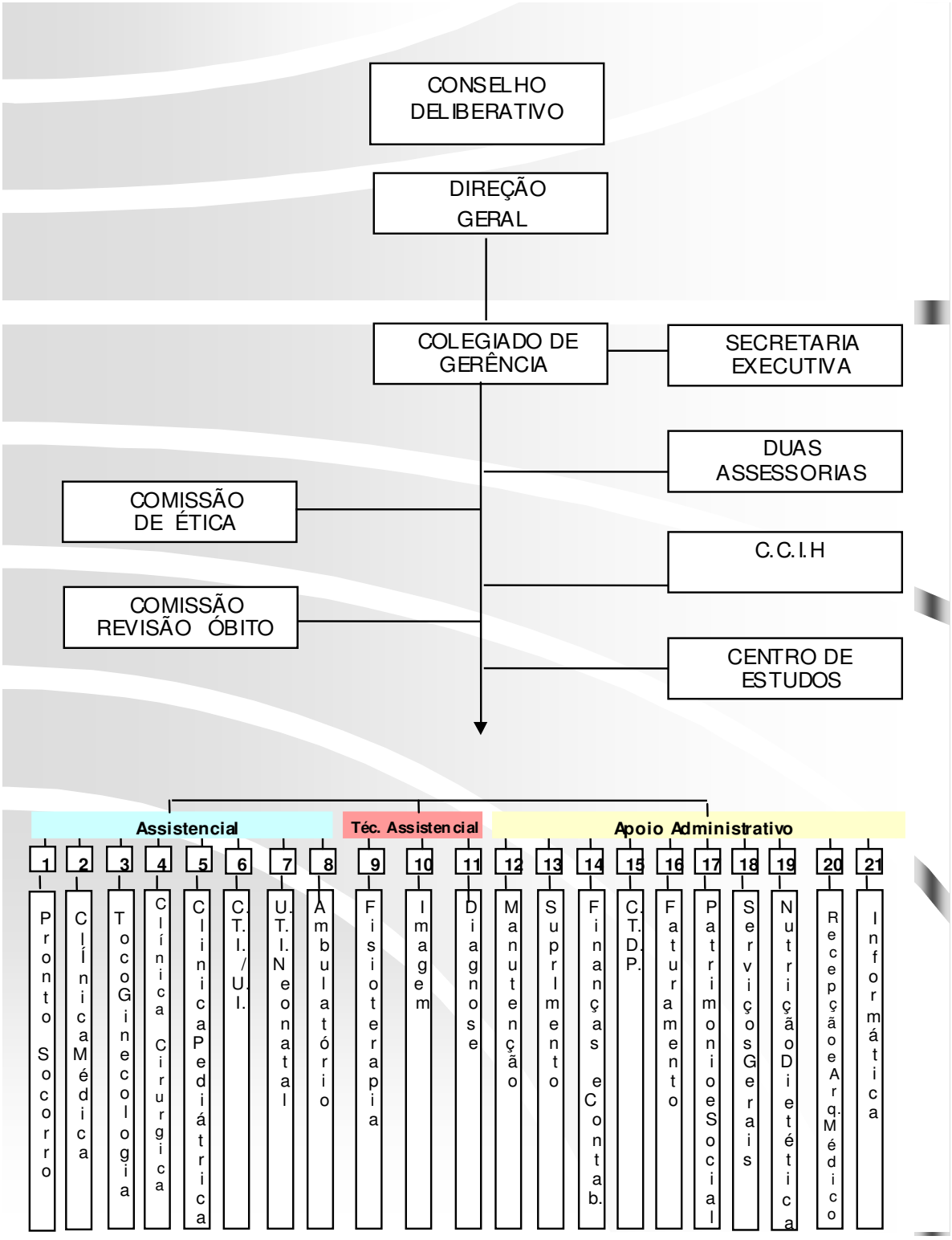
Data Assinatura do Entrevistado

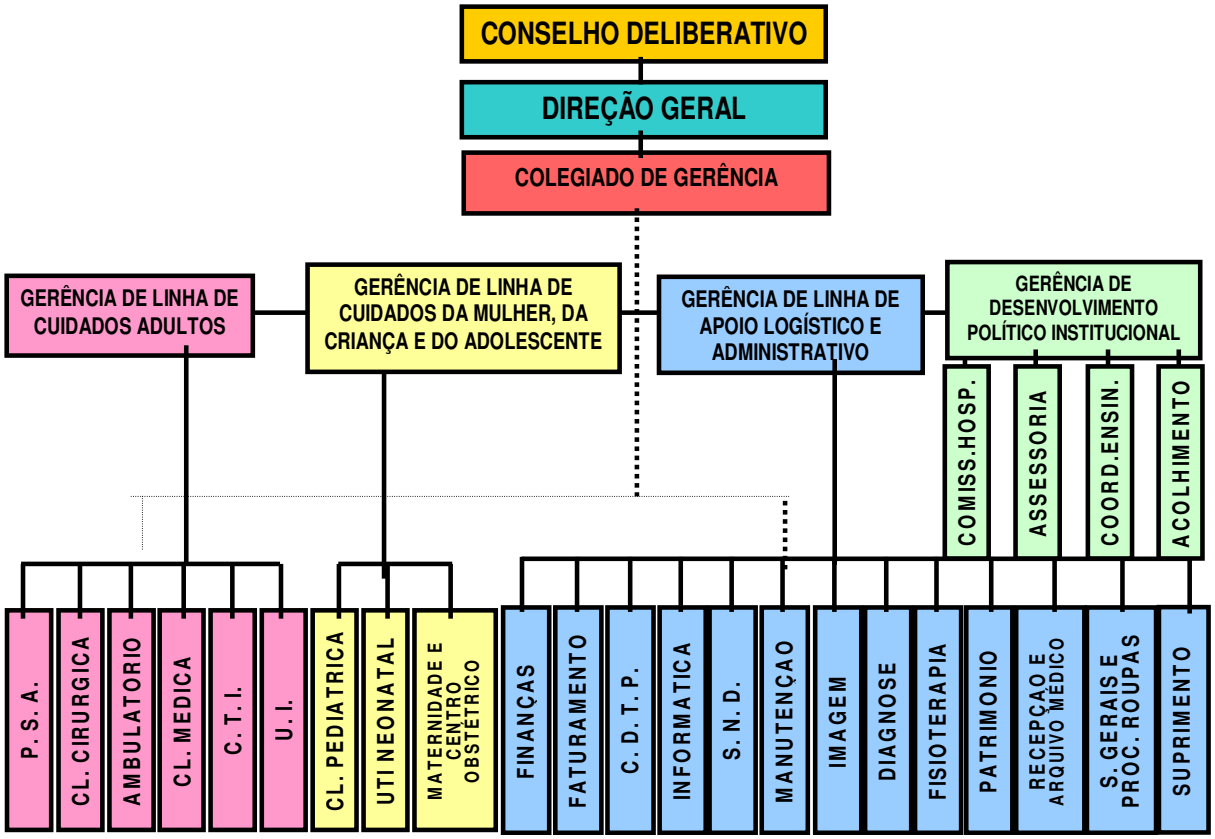
_____

Assinatura do Pesquisador

7.5 Anexo V

ORGANOGRAMA EM 1993



7.6 Anexo VI

ORGANOGRAMA ATUAL