

GESTÃO COLEGIADA NA VISÃO DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO BRASILEIRO*

SHARING MANAGEMENT IN THE VISION OF NURSES TECHNICIANS AND LICENSED PRACTICAL NURSES IN A BRAZILIAN PUBLIC HOSPITAL*

GESTIÓN COLEGIADA EN LA VISIÓN DE LOS TÉCNICOS Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL GUBERNAMENTAL BRASILEÑO*

ANDREA BERNARDES**, YOLANDA D. MARTINEZ ÉVORA***,
JANETE R. S. NAKAO****

RESUMO

Apresentamos uma experiência positiva de implantação do modelo de Gestão Colegiada em um hospital governamental do município de Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Buscamos verificar o entendimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca deste modelo gerencial, bem como identificar as alterações ocorridas no processo de comunicação, tomada de decisão e poder e analisar as dificuldades encontradas nesta mudança. Trata-se de uma pesquisa qualitativa sendo que dentre as várias técnicas propostas para a análise dos dados, optamos pela utilização da análise temática de conteúdo descrita por Bardin (1977). Percebemos que os técnicos e auxiliares de enfermagem sentem a mudança gerencial, porém continuam se reportando ao enfermeiro quando necessário. Notamos também melhora no processo de comunicação e que houve descentralização do poder. Evidenciamos que o modelo gerencial adotado pelo hospital em estudo trouxe melhoras significativas no atendimento à população do município de Volta Redonda - RJ, sendo considerado de referência dos demais hospitais, inclusive da região.

Palavras Chaves: Gestão colegiada, comunicação, tomada de decisão, poder.

*Este trabalho foi construído a partir da tese intitulada “Gestão Colegiada: um desafio para a equipe multiprofissional”.

**Professora Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP) e Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. Endereço: Rua Arnaldo Victaliano, 1000, ap. 52. CEP: 14091-220. Ribeirão Preto-SP, Brasil. Telefone: (16) 39679606 e E-mail: andrea-ber@uol.com.br

***Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP). E-mail: yolanda@eerp.usp.br

****Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP). E-mail: janete@glete.eerp.usp.br

ABSTRACT

We presented a positive experience about implantation of sharing management in a governmental hospital of Volta Redonda in Rio de Janeiro state, Brazil. We interviewed nursery technicians and licensed practical nurses about this management model, moreover identify the alterations occurred in the communication process, decision making and power and analyze the difficulties found in this change. It is a quality research and among many techniques suggested for data analysis, we chose the utilization of thematic analysis of contents written by Bardin (1977). We notice that the nursery technicians and assistants understand the management model; however they continue to interact with the nurses when this is necessary. It was noticed an improvement in the communication process and that there has been a decentralization of power. We pointed that the management model used in the hospital where the research has been performed brought significant improvement in attendance on people in the hospital in Volta Redonda city, which is considered a reference among other hospitals.

Keywords: Sharing management, communication, decision making and power.

RESUMEN

El estudio presenta una experiencia positiva de implementación del modelo de Gestión Conjunta en un hospital gubernamental del municipio de Volta Redonda, en el estado de Rio de Janeiro, Brasil. Se buscó verificar el entendimiento de los técnicos y auxiliares de enfermería acerca de este modelo de gestión, como también identificar las alteraciones ocurridas en el proceso de comunicación, toma de decisiones y poder, analizando las dificultades encontradas en este cambio. Se trata de una investigación cualitativa en la que se utilizó el análisis temático de contenido descrito por Bardin (1977) para el análisis de los datos. Se observó que los técnicos y auxiliares de enfermería percibieron el cambio de gestión, pero continúan solicitando al profesional de enfermería cuando lo necesitan. Se encontraron además mejorías en el proceso de comunicación y descentralización del poder. Se constató que el modelo de gestión implementado por el hospital estudiado, trajo mejoras significativas en la atención de los habitantes del municipio de Volta Redonda - RJ, siendo considerado una referencia para otros hospitales.

Palabras Claves: Gestión conjunta, comunicación, toma de decisiones, Poder.

Fecha Recepción: 24 julio 2006 Fecha Aceptación: 02 septiembre 2008

INTRODUÇÃO

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.

Fica claro que a autoridade e o poder no hospital seguem uma hierarquia vertical que desce da administração ao pessoal e que poderia ser desenhada em uma pirâmide hierárquica onde, na medida em que sobe, aumenta-se o grau de responsabilidade

atribuída e o nível de poder. Essas estruturas verticalizadas e o contexto histórico do desenvolvimento do trabalho, especificamente na enfermagem, dificultam qualquer processo de mudança.

Na enfermagem esta situação é reproduzida dentro da sua própria equipe, uma vez que é composta por diferentes profissionais com diferentes formações e graus de responsabilidade. Em sua história, os enfermeiros foram treinados para ocuparem “posição de chefia” e desenvolverem atividades relacionadas à gestão e supervisão, ou seja, a dimensão prática do saber administrativo. Já

a dimensão prática das técnicas – tarefas de cuidados diretos – é dirigida aos elementos com menor grau de habilitação (Ribas-Gomes, 1991; Almeida & Rocha, 1986).

Esta situação se perpetua e é referendada pela Lei do Exercício Profissional nº. 7.498 de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. O técnico exerce atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência. Já o auxiliar exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento (COREn, 2001).

Entretanto, alguns serviços de saúde possuem propostas inovadoras de organização do trabalho com pessoas propensas a aceitar novas idéias e rever seus valores.

Não se abandonam tão rapidamente os hábitos adquiridos, mas sabemos que a mudança é necessária. Para que ocorra essa mudança, deve haver a (des)construção do conhecimento instituído, onde há um controle verticalizado, técnico e disciplinar, com organogramas formais e rígidos que leva à uma assistência fragmentada em tarefas e, conseqüentemente, à desqualificação do atendimento prestado (Ferraz & Valle, 1999).

Nesta perspectiva, acreditamos que se faz necessário o “deslizamento” da rigidez, da hierarquização, do poder, de forma que se obtenha uma autoridade mais flexível, mais compartilhada. Os delineamentos gerais do modelo de gestão colegiada ou participativa são: 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.

Concordamos com Guimarães (2004) 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).

Frente a este contexto, ratificamos que um organograma mais horizontalizado pode contribuir para a descentralização do poder e para uma comunicação mais efetiva, tanto verticalmente, entre os diferentes níveis hierárquicos, como lateralmente, entre as unidades que compõem a organização (Campos, 2000; Motta, 2001; Motta, 2002; Bernardes, 2005).

Cecílio (1997) 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.

A enfermagem, como todos os trabalhadores da saúde, precisa se inserir neste processo, o que traz à tona uma série de reflexões já realizadas na internalidade e uma gama de conflitos inerentes à profissão como: a rigidez hierárquica na equipe de enfermagem, uma vez que os técnicos e auxiliares de enfermagem são subordinados aos enfermeiros; o poder emanado da chefia instituída; o trabalho desenvolvido com base em normas e rotinas; dentre outros.

Acerca desta situação, segundo Cecílio (1997), a enfermagem apresenta reações sempre muito vivas à quebra do esquema anterior de funcionamento. Observa-se, às vezes, uma resistência mais ativa, traduzida em processo de discussões fechadas na categoria, estabelecendo-se certo medo de ser ainda “mais desprestigiada” diante dos médicos, de perder suas referências técnicas. De qualquer forma, esta categoria pelo menos se apresenta com interlocutora, o que é melhor que a atitude de simplesmente “ignorar” o processo, como tem sido a conduta de boa parte dos médicos.

Contudo, existe também uma dificuldade de se visualizar a participação de técnicos e auxiliares de enfermagem nestas discussões, uma vez que, até então, poucas vezes foram acionados a opinar e, entretanto, são os grandes responsáveis pelos cuidados de enfermagem prestados.

Como não encontramos na literatura estudos sobre modelos gerenciais alternativos que envolvam técnicos e auxiliares de enfermagem nas discussões, julgamos oportuno buscar compreender, em uma experiência de mudança organizacional muito significativa, a percepção destes elementos que compõem a equipe de enfermagem.

OBJETIVO

Verificar o entendimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital governamental do município de Volta Redonda, no estado do Rio de Janeiro, Brasil, acerca da Gestão Colegiada implantada na instituição.

METODOLOGIA

Utilizamos a abordagem qualitativa por entendermos que ela possibilita a apreensão do fenômeno em estudo em maior profundidade e, segundo Polit, Beck e Hungler (2004) costuma

ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos pelo pesquisador).

Esta investigação foi realizada em uma instituição hospitalar governamental, de grande porte, que realiza atendimento de nível secundário e terciário, localizada em Volta Redonda, município do estado do Rio de Janeiro. A escolha por este local se deu por trazer uma experiência clara e completa da modernização do processo gerencial.

O desenvolvimento deste estudo aconteceu após a autorização da instituição e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no mês de Julho de 2004, onze anos após a implantação do modelo gerencial e se deu através de entrevista semi-estruturada que contemplou os dados pessoais dos entrevistados e questões norteadoras acerca das mudanças geradas a partir da implantação do modelo gerencial colegiado, bem como das dificuldades enfrentadas e da participação dos técnicos e auxiliares de enfermagem nas propostas de solução dos problemas. Participaram da pesquisa 9 técnicos e 9 auxiliares de enfermagem. O critério de inclusão desses funcionários foi a data de admissão superior a 10 anos.

As entrevistas foram agendadas e gravadas após autorização dos entrevistados, sendo-lhes garantido o anonimato. Os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Autorizado, conforme determinado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Dentre as várias técnicas propostas para a análise dos dados, optamos pela utilização da análise temática de conteúdo descrita por Bardin (1977).

Esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (Minayo, 1994).

Segundo Bardin (1977), as diferentes fases da análise organizam-se cronologicamente em:

- 1- pré-análise - é a fase de organização que tem por objetivo de sistematizar e tornarem operacionais as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de 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.
- 3- tratamento dos resultados, inferência e interpretação - *os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos ("falantes") e válidos* (Bardin, 1977, p. 101).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O local de estudo foi uma unidade hospitalar integrada à Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda (RJ), Brasil, que mudou muito desde 1993 quando a Diretoria do hospital, assessorada por um consultor da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), passou a investir na construção de um Modelo de Gestão Colegiada e Descentralizada.

A busca de um modelo de gestão democrático era uma meta da Secretaria da Saúde do 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. 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.

Desta maneira, entre 1993 e 1998, o

hospital, 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.

A mudança no processo gerencial visava o paciente/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 e o compromisso com a qualidade do atendimento.

Foram criadas a Gerência de Linha de Cuidados Adultos, a Gerência de Linha de Cuidados da Mulher, da Criança e do Adolescente, a Gerência de Linha de Apoio Técnico/Logístico e a Gerência de Desenvolvimento Político-Institucional que têm a finalidade principal de discutir e deliberar sobre questões inerentes à qualidade da assistência prestada. Responde às Gerências de Linha os coordenadores de cada unidade, sendo estes médicos ou enfermeiros. Há também os Grupos de Apoio à Gerência (GAG) composta por vários elementos da equipe multidisciplinar que colaboram na discussão das dificuldades das unidades, auxilia no monitoramento das pendências, enfim, participa junto com as Gerências de Linha do processo de decisão (Cecílio, 1998).

Caracterização do Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

Observamos que a maioria dos servidores entrevistados é do sexo feminino, possui entre 30 e 61 anos de idade e cumpre uma jornada de trabalho de 12h com 60 horas de descanso.

O tempo de trabalho na instituição varia de 10 a 23 anos e o tempo de formação varia de 8 a 25 anos. O funcionário que se formou há oito anos tem tempo de trabalho no hospital superior a 10 anos, pois foi admitido nesta instituição ocupando o cargo de Atendente de Enfermagem, tendo se qualificado posteriormente.

Apresentação e análise dos dados obtidos junto aos técnicos e auxiliares de enfermagem

Categoria 1. A mudança

Os funcionários foram questionados sobre ter havido ou não modificações com a nova proposta de gestão. Todos eles concordam que houve muitas mudanças desde a transposição do modelo tradicional de gerência para o modelo atual.

A partir daí foram interrogados sobre quais foram os elementos gerenciais que se alteraram. A maioria dos funcionários concorda que houve mudanças na comunicação. Acreditam que há mais facilidade no contato com os enfermeiros, médicos, coordenador e gerentes de linha, como pode ser constatado nas seguintes falas:

“A comunicação entre os profissionais e o pessoal de nível médio melhorou muito. Antes, o pessoal não chegava, não conversava não. E aí mandava...” (TE3)

“Melhorou assim 100%. Você tem enfermeiros e qualquer dúvida a gente recorre. Sempre tem um para dar explicação, para comunicar com a gente”. (AE1)

“A comunicação é ótima. Tudo o que precisa você chega na Gerência de Linha e é atendida. Antigamente a gente tinha problema com o médico e ficava por isso mesmo. Agora a gente passa o problema para elas, elas resolvem”. (AE2)

Pelos depoimentos podemos afirmar que, apesar de todos relatarem alteração no processo de comunicação, a percepção acerca de quais foram essas alterações é variada e, por vezes, não condizente ao que propõe o modelo gerencial vigente, visto que este deve privilegiar a comunicação em todos os níveis, inclusive a comunicação lateral, entre os vários órgãos e departamentos e não somente no sentido vertical.

Os funcionários sentem que a criação das Gerências de Linha foi um fator facilitador para a comunicação, sentindo-se mais seguros na resolução de problemas.

Em relação à tomada de decisão, grande parte dos técnicos e auxiliares de enfermagem concorda que mudou:

“No outro modelo a gente falava com a enfermeira e às vezes não dava em nada. Qualquer problema que eu tenho, posso chegar na Gerência de Linha e falar... A decisão ficou mais fácil, melhorou muito”. (AE2)

“A decisão é mais rápida. Se for um problema mais fácil de resolver, aí não precisa chegar na direção”. (AE5)

“Até hoje ninguém entende (o modelo) 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...” (TE3)

Como podemos perceber, os funcionários da equipe de enfermagem acreditam que a tomada de decisão é mais rápida e eficiente. Relatam que o enfermeiro tem mais autonomia para decidir acerca dos problemas do dia sem ter que passar pela escala hierárquica e chegar à direção do hospital. Contudo, notamos que 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.

Ressaltamos, no entanto que, em relação aos problemas que não dependem apenas do enfermeiro, há maior demora na solução, especialmente no que diz respeito à falta de funcionários, já que o hospital é vinculado à Prefeitura Municipal e necessita de autorização para a contratação de pessoal.

Quanto ao poder, a maioria relata que houve descentralização:

“Nesse poder todo mundo decide um pouquinho... Você não precisa chegar na direção, só se o problema for muito sério... Passa para a Gerência de Linha, a Gerência tenta e se não conseguir resolver aí recorre à direção. Eu acho que antes vinha de cima para baixo, agora houve uma igualdade”. (TE3)

“Hoje o poder não é só lá em cima. Aqui também a enfermeira tem. Tipo assim, se eu preciso de uma coisa eu não preciso esperar minha supervisora chegar, ir lá na direção, falar com a Dra. “X” para ela autorizar. Ela tem o mesmo poder... Eu acho que o poder distribuiu”. (AE2)

“O poder está nas enfermeiras e na Gerência de Linha que resolvem os assuntos sem precisar ir até a direção. Dividiu mais, há mais facilidade e a resposta é imediata”. (AE4)

Por meio destas falas, percebemos que os funcionários concordam que houve distribuição do poder, porém não reconhecem que essa distribuição tenha sido compartilhada com os níveis mais elementares. Quem decide ainda são os profissionais que têm poder formal, ou seja, o enfermeiro e o coordenador da unidade com auxílio da Gerência de Linha e da Direção do hospital. Ressaltamos que neste modelo gerencial, todos os membros da equipe multiprofissional devem participar da elaboração de propostas que visem a melhoria do processo de trabalho, sem que haja lugares privilegiados de poder.

Categoria 2. Dificuldades

Notamos que foram destacadas algumas dificuldades decorrentes da implantação do modelo gerencial, sendo que uma das mais citadas é a ausência do coordenador médico, já que este assume várias atividades despendendo pouco tempo às questões gerenciais nas unidades:

“Tem gente que não aceita a mudança e não quer participar. Tem dificuldades nisso, tem gente que sente falta do enfermeiro chefe pra estar conversando. O coordenador não é presente... as coisas que têm pra resolver a gente acaba resolvendo, depois comunica pra ele. A gente tinha que pedir pra mudar nosso coordenador.” (TE3)

“Ah, o coordenador é bastante ausente, mas assim, quando a gente precisa ele até atua, mas é bastante ausente.” (AE1)

A não permanência do médico no hospital e o não envolvimento deste profissional acabam gerando conflitos e insatisfações na equipe. Entendemos que, em um modelo descentralizado e participativo de gestão, o coordenador necessita ser aceito pelo grupo e, preferencialmente ser escolhido por ele.

Acreditamos que o enfermeiro envolve-se mais com as questões administrativas do que o profissional médico, fato notado nesta instituição pela intensa participação e adesão a essa forma colegiada de direção, além de que o enfermeiro tem a visão administrativa trabalhada no decorrer de sua formação. No entanto, conforme relata Cecílio (1999, p.322),

“o poder médico no hospital se localiza no serviço, e este se constitui no domínio específico do desenvolvimento das relações de poder no hospital.”

O autor complementa que são as formas de funcionamento e circulação do saber médico que constituem o saber da equipe de enfermagem como um saber periférico, um sub-poder, cujo alcance, condições de exercício e estratégias são definidas pelo poder médico.

Assim, não é permitido ao enfermeiro, muitas vezes, exercer seu potencial assumindo cargos de coordenação, o que poderia facilitar e pelo menos amenizar as dificuldades percebidas pelos funcionários.

Destacamos também que, conforme relatado na primeira fala, alguns funcionários 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 funcionários 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 técnicos e auxiliares de enfermagem 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 conjunta da direção em todos os níveis e não somente entre a cúpula administrativa.

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. Os técnicos e auxiliares pouco participam dos processos decisórios e continuam se reportando ao enfermeiro, já que para eles, este é o profissional que tem o poder de decisão.

Salientamos que uma outra dificuldade citada pela maioria dos entrevistados é o baixo quantitativo de pessoal:

“Eles não conseguem contratar. Eles tentam solucionar... Às vezes traz uma outra recepcionista, pede ajuda a um outro colega que está mais calmo”. (TE2)

“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)

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.

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

“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 à noite... Se você tiver algum problema, pode acionar a supervisora... 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. Fica uma coisa lenta, a supervisão leva pra outra supervisão...” (AE8)

A não adesão dos técnicos e auxiliares de enfermagem do plantão noturno, a nosso ver, se dá principalmente porque não houve a incorporação destes funcionários 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.

Categoria 3. Participação da equipe de enfermagem

É realizada pelo menos uma reunião

mensal em cada unidade, sendo essencial a participação da equipe multidisciplinar. Todos os funcionários têm direito de voz:

“A gente tem reunião. A gente opina e eles ouvem”. (TE1)

“Geralmente às quartas feiras a gente tem um bate-papo lá no CTI. Então é chamado o GAG. Tem o Colegiado de Gerência que reúne pra tomar algumas decisões que a gente às vezes já discutiu 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).

Vale ressaltar que existe, em cada unidade, um Grupo de Apoio à Gerência (GAG). Esse grupo dá suporte ao coordenador e recebe algumas atribuições, porém não é remunerado por isso. Há também reuniões do Colegiado de Gerência. Essas reuniões são abertas à participação e nelas são discutidos os problemas não solucionados ao nível das unidades. Embora não haja adesão de todos os funcionários às reuniões, estes se sentem mais valorizados, já que têm o direito de opinar, de sugerir, enfim, de participar das propostas de solução dos problemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que, apesar de todos os técnicos e auxiliares de enfermagem relatarem que perceberam uma mudança gerencial, não houve o sentimento de que essa mudança alterou o cotidiano de trabalho deles, já que continuam se reportando ao enfermeiro quando necessário ao invés de recorrer ao grupo como um todo, como é a proposta desse modelo descentralizado de gestão.

Neste grupo, notamos o alheamento, um quase estranhamento das diretrizes do modelo de gestão com intenções de participação e democratização da vida institucional.

O pessoal que trabalha no período noturno

sentiu menos ainda a repercussão das mudanças, pois não têm quase contato com a coordenação ou com a Gerência de Linha. Esses funcionários continuam sob supervisão dos enfermeiros plantonistas do noturno.

Apesar das considerações acima, foi referido melhora no processo de comunicação, já que se sentem com maior liberdade de participar das propostas de solução dos problemas. Essa participação se dá principalmente nas reuniões realizadas nas unidades ou no Colegiado de Gerência, na presença da equipe multiprofissional.

Em relação à tomada de decisão, grande parte concorda que o enfermeiro permanece como líder da equipe de enfermagem e que decide mais nesse modelo de Gestão Colegiada, havendo portanto, uma descentralização do poder, possibilitando ao mesmo maior autonomia e resolutividade no âmbito da unidade de trabalho.

Com relação aos técnicos e auxiliares, foi referido que o acesso a níveis hierarquicamente superiores ficou facilitado, podendo estes se reportarem diretamente à coordenação, à Gerência de Linha ou à própria Direção.

Quando questionados acerca das dificuldades encontradas, relatam que o fato do coordenador ser ausente prejudica o andamento do trabalho. Entendemos ser importante neste caso um momento democrático de escolha do coordenador, conforme prevê o modelo gerencial em questão. Um outro aspecto ressaltado é a não existência de uma “chefia” de enfermagem. Acreditamos que está introjetado nestes funcionários de nível médio a necessidade de ter alguém a quem devam se reportar diretamente; alguém que tenha o controle sobre o seu trabalho e que lhes proporcione segurança na execução das suas ações. Assim, a responsabilidade é compartilhada com um profissional que tem um olhar mais direto sobre o trabalho de enfermagem, diminuindo o risco do erro na execução de suas ações.

Salientamos que o modelo gerencial adotado pelo hospital em estudo trouxe

melhoras significativas a todos que nele atuam. Contudo, acreditamos que há necessidade de um repensar acerca das coordenações das unidades, visto que o enfermeiro, sendo um profissional qualificado e preparado para lidar com as questões gerenciais, é também o elemento que permanece um tempo maior dentro da instituição. Sabemos que o corporativismo das classes profissionais serve para emperrar a democratização da vida institucional, o que prejudica a satisfação e o comprometimento dos elementos envolvidos e conseqüentemente a qualidade do atendimento ao cliente.

Para que modelos gerenciais participativos sejam plenamente eficientes, mudanças intensas devem ocorrer e a forma como vem sendo conduzido este processo 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.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M.C.P. & Rocha, J.S.Y. (1986) *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortês.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Persona.
- Bernardes, A. (2005). *Gestão Colegiada: Um desafio para a equipe multiprofissional*. Tese de Doutorado não publicada. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - SP.
- Campos, G.W.S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: HUCITEC.
- Cecílio, L.C.O. (1997) Modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 31(3):36-47.
- Cecílio, L.C.O. (1998). *Hospital São João Batista de Volta Redonda (RJ): testando as possibilidades e os limites de mudanças gerenciais em um hospital governamental*. Mimeografado.
- Cecílio, L.C.O (1999). Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 4 (4): 315-329.
- COREn (2001). *Documentos básicos de enfermagem*. Lei do exercício profissional nº 7498/86 (1ª ed.).
- Ferraz, C.A. & Valle, E. R.M. (1999). Administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível. In: *Organización Panamericana de la Salud. La enfermería en las Américas*. Washington, D.C., Publicación Científica, 571:205-226.
- Guimarães, E.M.P. (2004). *Sistema de informação hospitalar: Instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência de unidades funcionais*. Tese de Doutorado não publicada. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Ribeirão Preto – SP.
- Motta, P.R. (2001). *Transformação organizacional: A teoria e a prática de inovar*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Motta, P.R. (2002). *Gestão contemporânea: A ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre, Artmed (5ª ed.).
- Ribas-Gomes, E.L. (1991) *Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento*. Ribeirão Preto, 188p.