



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Bernardes, Andrea; de Oliveira Cecílio, Luis Carlos; Nakao, Janete R. S.; Martinez Évora, Yolanda D.
Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 4, julho-agosto, 2007, pp. 861-870

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012405>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar

Obstacles found in the construction of a democratic and participatory hospital management model

Andrea Bernardes ¹
 Luis Carlos de Oliveira Cecílio ²
 Janete R. S. Nakao ³
 Yolanda D. Martinez Évora ³

Abstract *A path leading to management modernization is based on an approach stressing dialog and discussions of the construction of a healthcare enhancement project whose main characteristic is its emphasis on joint management concepts at all levels. This paper assesses almost ten years of management by committee in a public hospital in Rio de Janeiro State, Brazil, seeking impacts on its micro-policies. The intention is to identify and analyze how the nursing staff experienced the implantation of this management model in the hospital. Empirical matters were analyzed at two levels: initially the comments of the players were grouped into themes, followed by cross-theme readings that analyzed the concept of "noise". The remarks made by the respondents indicated that this "noise" functions within the organization, demonstrating that the selected management process and the manner in which it was conducted are not sufficient to penetrate and intervene in institutional micro-policies, leaving gaps between the proposals set forth by this management model and the real situation of the workers.*

Key words *Joint management, Democratic and participatory management, Management by committee*

Resumo *Um caminho para a modernização gerencial tem se pautado na perspectiva mais dialógica em torno da construção de um projeto de qualificação da assistência que tem como característica importante a ênfase na gestão colegiada em todos os níveis, a partir do conceito de co-gestão. O estudo visa avaliar quase dez anos de adoção do modelo colegiado de gestão em um hospital público do estado do Rio de Janeiro, buscando caracterizar se houve algum impacto na sua micropolítica. O objetivo da pesquisa é identificar e analisar como a equipe de enfermagem viveu a implantação do modelo de gestão colegiada neste hospital. O material empírico recebeu dois níveis de tratamento analítico. Primeiramente, foi feito um agrupamento das falas dos atores em blocos temáticos. Já o segundo nível analítico foi feito através de uma leitura transversalizada dos temas anteriores, tendo como condutor da leitura o conceito de "ruído". Notamos pelas falas dos entrevistados que estes "ruídos" operam no interior da organização, demonstrando 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.*

Palavras-chave *Gestão colegiada, Gestão democrática e participativa, Colegiado de gestão*

¹ Departamento de Enfermagem, Centro Universitário Barão de Mauá, Rua Ramos de Azevedo 423. 14090-180 Ribeirão Preto SP.
 andrea-ber@uol.com.br

² Universidade Federal de São Paulo.

³ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Introdução

Vive-se, hoje, um crescente processo de racionalização das práticas médico-hospitalares. A medicina se integra cada vez mais na atividade econômica global; portanto, suscetível de se constituir em alvo de avaliação de custo-benefício. O hospital é pensado progressivamente como empresa e torna-se peça central do complexo médico-industrial, atravessado por estratégias das indústrias de medicamentos e equipamentos. Decisões cruciais para a vida hospitalar são tomadas em órgãos e instâncias externos a ele, ao mesmo tempo em que se observa o surgimento de uma tecnoestrutura hospitalar constituindo, muitas vezes, um sistema consultivo médico/administração. A decomposição do ato médico global em atividades isoladas, diversificadas e centralizadas pela organização hospitalar, decorrente da crescente especialização, coloca novos e complexos problemas para o processo de coordenação do trabalho de um grande número de profissionais que se mobilizam em torno da organização do cuidado. Além do mais, a própria complexidade do hospital e seu cotidiano atravessado por interesses conflitantes têm apontado, tanto para a necessidade de se buscar referenciais teóricos para se pensar a micropolítica hospitalar, como de se experimentar novas formas de se fazer a sua gestão^{1,2,3,4,5}.

Alguns caminhos têm sido seguidos na busca de uma renovação da gestão dos hospitais. Um deles, talvez o mais frequente, tem sido a radicalização, digamos assim, do processo mesmo de racionalização das práticas médico-hospitalares ao apoiar e/ou reforçar, de forma expressa e intencional, um ou mais dos seus componentes. Exemplos disso: tratar os médicos como clientes da organização, criando novas formas de relacionamento hospital/médico, baseadas em explícitos contratos bilaterais de direitos e deveres; o estreitamento da aliança da direção com o corpo de enfermagem, visando a criação de mecanismos mais poderosos de controle dos processos de trabalho no hospital, em particular aqueles referentes ao acesso e utilização dos seus recursos assistenciais estratégicos (controle da agenda de bloco cirúrgico, controle do acesso para internação, etc.), expropriando-os do controle médico; a terceirização de atividades importantes do hospital; a informatização da maioria dos processos administrativos e assistenciais; a forte ênfase na protocolização de processos e adoção de mecanismos de acreditação hospitalar, entre outros⁶. Com alguma liberdade, poderíamos de-

nominar esta tendência de “instrumental”, isso é, ela enfatiza a implementação dos meios visando o alcance dos fins estabelecidos pela organização, mesmo que às custas da radicalização do processo de disciplinamento e controle das práticas dos trabalhadores, traduzida na busca de modos cada vez mais eficazes de captura da autonomia e do autogoverno que caracterizam suas práticas.

Outro caminho para a modernização gerencial tem se pautado na aposta de que seria possível se conseguir a modernização da gestão hospitalar a partir de uma perspectiva mais dialógica e comunicativa, apoiada na mobilização dos coletivos existentes no hospital, em torno da construção de um projeto de qualificação da assistência. Tal caminho foi intensamente experimentado a partir da década de 1990 pelo grupo que se agrupou em torno do Laboratório de Planejamento e Gestão (LAPA) da Unicamp⁷ e tem como característica importante a ênfase na gestão colegiada do hospital em todos os níveis, a partir do conceito de co-gestão⁸. A ênfase na co-gestão (trabalhadores e Governo), em todos os níveis do hospital, tendo como dispositivo principal os colegiados de gestão, a preocupação com o verdadeiro desmonte dos organogramas de recorte mais tradicional, em particular as linhas de autoridade verticais que obedecem a lógica das corporações profissionais e o deslocamento do esforço de coordenação para as equipes que realizam o cuidado direto ao paciente, é o que nos autorizariam, em princípio, a denominar tal modo de se fazer a gestão de “democrático e participativo”.

O presente estudo visa avaliar quase dez anos de adoção deste último modo de se pensar a gestão em um hospital público, buscando caracterizar se houve algum impacto na sua micropolítica⁹, com particular ênfase no corpo de enfermagem.

As questões iniciais da pesquisa foram: Quais aspectos gerenciais 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 estas mudanças interferem no cotidiano da assistência de enfermagem? A construção de 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?

O objetivo desta pesquisa foi identificar e analisar como a equipe de enfermagem viveu a

implantação do modelo de gestão colegiada em um hospital público, a partir do seu dia-a-dia. Pretendeu-se, através de uma investigação de caráter qualitativo, conhecer como as equipes vêem tais propostas de mudança, em particular os possíveis impactos no seu cotidiano. Ao se fazer a valorização da escuta dos membros da equipe de enfermagem “da base”, ligados diretamente à assistência, comparando-a à visão dos enfermeiros que ocupam algum lugar na direção superior ou nas gerências intermediárias, buscou-se, intencionalmente, um deslocamento do “lugar” de Governo ocupado pela direção que implantou o modelo de gestão e que, por isso mesmo, tende a ver tudo conforme uma certa macroracionalidade organizacional¹⁰.

Metodologia

A investigação foi realizada em uma instituição hospitalar localizada no estado do Rio de Janeiro. A escolha se justifica pelo fato do hospital ter vivenciado de maneira bastante duradoura (1993-2004) um modo de se fazer a gestão baseado em princípios mais comunicativos, formalmente expresso em arranjos organizacionais mais colegiados e descentralizados, com ênfase na busca da participação e democratização da gestão. A duração do trabalho, superior a uma década, merece destaque, tendo em vista a tradição de descontinuidade de experiências inovadoras em gestão pública, em função das mudanças de administração e seus dirigentes, o que dificulta sua avaliação mais consistente no tempo.

Após a autorização da instituição e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, foram agendadas e realizadas as entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores e gerentes escolhidos para fazerem parte do estudo. As entrevistas foram 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. Foram entrevistados 43 profissionais, sendo dezessete enfermeiros, dezoito técnicos e auxiliares de enfermagem e oito médicos, os quais estiveram presentes e disponíveis no hospital no período da coleta de dados.

Foi critério de inclusão a data de admissão superior a dez anos, por julgarmos importante que os entrevistados pudessesem ter participado do processo de transição do modelo gerencial. O outro critério para inclusão foi o “lugar” ocupado

pelo entrevistado. Interessava-nos garantir a inclusão de alguém da direção superior (a própria diretora do hospital e uma enfermeira que estivesse atuando como coordenadora de alguma linha de cuidado, cujo sentido se verá com mais detalhe na descrição do modelo de gestão do hospital); enfermeiros ocupando a função de coordenação de unidades de cuidado; enfermeiros exercendo a assistência diretamente, mas sem função formal de coordenação ou “chefia”, e técnicos ou auxiliares de enfermagem que compõem as equipes assistenciais. Portanto, dos 43 entrevistados, apenas oito profissionais, os oito médicos, não faziam parte do corpo de enfermagem e exerciam a função de coordenação de alguma unidade assistencial. Na elaboração do presente artigo, e por uma questão de espaço, foram utilizadas apenas as falas do pessoal de enfermagem, ressaltando-se as diferentes percepções que os diferentes profissionais têm da proposta de gestão que está sendo analisada, em função do “lugar” institucional que ocupam.

O material empírico recebeu dois níveis de tratamento analítico. No primeiro, as falas dos atores foram agrupadas em blocos temáticos que refletiam, em boa medida, o roteiro da entrevista. Os temas presentes neste primeiro nível analítico foram: a mudança, a comunicação, a tomada de decisão, o poder, o enfrentamento das dificuldades. Este primeiro nível analítico e seus blocos temáticos já deixavam entrever a diversidade de pontos de vista a respeito do modelo de gestão, o que impossibilitava qualquer esforço de “síntese” avaliativa, se fosse esta a pretensão. Foi tal polifonia que nos instigou a realizar o segundo nível analítico do material e que será o foco da discussão do presente artigo.

O segundo nível analítico foi feito através de uma leitura transversalizada dos temas anteriores, tendo como condutor da leitura o conceito de “ruído”. 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 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 futuros possíveis em disputa¹¹. Assim, adotamos o conceito de “ruídos” como os elementos destoantes, os “estranhamentos”, as “falhas” ou contradições que aparecem no processo de trabalho e que percebemos que as entrevistas pareciam revelar com muita força.

Este segundo nível de análise foi se impondo

no correr da investigação à medida que fomos percebendo como eram importantes as 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. Assim, aparecem na instituição, diferentes percepções acerca do modelo de gestão adotado, que caracterizam a existência de falhas que provocam “ruídos” cotidianamente.

Tais “ruídos” são bastante expressivos 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 últimos vivenciam as questões da micropolítica das unidades de trabalho sob outra perspectiva.

Podemos dizer, então, que o segundo nível analítico da investigação é um caminho que destaca o dissenso, que dá voz à diferença e valoriza, intencionalmente, as múltiplas racionalidades existentes na organização.

O cenário institucional da pesquisa

Trata-se de uma unidade hospitalar integrada a uma secretaria municipal de saúde, com vocação para atendimento de emergência e trauma, de nível terciário, com perfil de hospital geral, que mudou muito desde 1993, quando adotou o sistema de gestão de recorte mais democrático e participativo. Duplicou sua área física, ampliou o número de atendimentos 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. Pensamos que as importantes mudanças vividas pelo hospital devem ser vistas mais em uma relação de concomitância, do que como desdobramento do modelo de gestão adotado. Uma direção altamente qualificada e comprometida com a consolidação do SUS, mais uma conjuntura política municipal favorável à consolidação do papel do Estado na garantia da assistência aos cidadãos, talvez expliquem as melhorias observadas no hospital do que eventuais mudanças no modelo de gestão. De qualquer forma, analisar tal relação não é o objetivo do presente estudo.

Como afirmamos anteriormente, a mudança no processo gerencial visava o paciente 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. Os colegiados de gestão, tanto ao nível das unidades de produção e/ou cuidado, como o colegiado de gestão mais geral do hospital, ao congregar todos os coordenadores de todas as unidades, foram pensados como instrumentos centrais para o processo de democratização da vida organizacional.

O modelo de gestão do hospital passa por dois momentos principais. O primeiro vai da formulação inicial (1993) e segue praticamente sem ajustes até 2000. O segundo momento dura até o final da experiência, quando a diretora e toda sua equipe principal é exonerada no início de 2005, com a troca do executivo municipal.

No primeiro momento, as principais características do modelo, já descritas em trabalhos anteriores⁸ são: a adoção de um organograma horizontalizado, organizado em torno de unidades de produção ou de cuidado; a coordenação unificada das unidades de cuidado realizada por qualquer profissional de nível universitário; a ênfase na comunicação lateral entre os coordenadores das unidades; a constituição de um colegiado de gestão com a participação de todos os coordenadores; a constituição de colegiados de gestão em todas as unidades de cuidado e/ou produção; a criação de um grupo de apoio à gestão em cada unidade de cuidado e/ou produção; a prática do planejamento ascendente; a adoção de uma política de gratificação por avaliação de desempenho¹³; adoção de dispositivos de qualificação da assistência, tais como comissão de revisão de óbito, comissão de prontuário, ouvidoria, entre outros arranjos.

Resultados e discussão: a enfermagem e sua fala ruidosa

Como já havíamos explicitado na metodologia, no segundo nível analítico, buscamos dar destaque para tudo que, nas falas, apontasse para aquilo que parece assumir um sentido oposto ao do pretendido pelo modelo de gestão: os ruídos. “Ruído” como o estranhamento ou não reconhecimento das diretrizes do modelo, de forma direta ou pelo silêncio dos protagonistas. Na apresentação dos resultados, os entrevistados foram identificados com uma sigla e o respectivo número da entrevista, da seguinte forma: GLE

(gerente de linha que é enfermeiro); CE (coordenador de unidade que é enfermeiro); E (enfermeiro assistencial, sem cargo de coordenação ou gerência); TE (técnico de enfermagem); AE (auxiliar de enfermagem). As entrevistas com os coordenadores médicos não foram utilizadas na elaboração do artigo, embora seja possível afirmar que elas reforçam várias das percepções do pessoal de enfermagem.

Ruídos nas falas dos enfermeiros gerentes de linha ou coordenadores de unidade

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 enfermeiros, que são gerentes de linha ou coordenadores de unidades de cuidado, que um “ruído” que opera no interior dessa organização é o não estabelecimento efetivo da comunicação lateral, ou seja, da comunicação entre as várias 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)

“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)

Um outro “ruído” que merece ser destacado é a centralização exercida dentro de um modelo “descentralizado” de gestão.

“Quando o enfermeiro [...] trabalha com um coordenador que é mais centralizador na característica dele e autoritário, isso amarra muito o trabalho do enfermeiro.” (GLE3)

Percebe-se pelas entrevistas que determinados gerentes ou coordenadores mantêm práticas autoritárias, mesmo atuando em um modelo dito democrático, não permitindo que as decisões sejam tomadas pelo grupo de trabalho.

Método de gestão colegiada assenta-se na idéia de participação e democratização das decisões, de forma que ninguém deveria decidir sozinho ou no lugar dos outros. Dessa forma, o fato de se ter a centralização das decisões nas mãos de alguns coordenadores ou gerentes, mesmo que em alguns casos, denota outro “ruído” nesse sistema gerencial.

Mesmo tendo se passado mais de uma década da implantação, alguns profissionais ainda não aderiram ao modelo:

“[...] 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 intenção do modelo tradicional de gestão, que, 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. Alguns funcionários, especialmente os que têm maior tempo de profissão, têm dificuldade de superar esse método instituído e acabam dificultando uma forma mais participativa de gestão.

Ruídos encontrados nas falas dos enfermeiros ligados à assistência

O modelo de gestão do hospital preconiza a profissionalização dos coordenadores das unidades para que os mesmos atuem como articuladores da equipe com vistas à garantia de uma atenção qualificada. Os coordenadores podem ser médicos ou enfermeiros. Assim, os coordenadores devem trabalhar com as respectivas equipes com um bom grau de autonomia para tomada de decisões no seu dia-a-dia, estimulando uma maior integração entre as várias profissões. No entanto, emergem das falas de alguns enfermeiros ligados à assistência que:

“[...] 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 resolver.” (E2)

“[...] Quem decide tudo é a coordenadora que é médica. Você pode ter razão, mas o que vale é a opinião dela.” (E10)

Conforme podemos observar, embora a proposta do modelo seja de que o coordenador da unidade 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.

Notamos 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 a coordenação. 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 “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 *status quo* atual.

O enfermeiro tem um saber próprio, com critérios técnico-científicos de competência e valores éticos que devem ser respeitados e valorizados. Porém, em alguma falas dos enfermeiros pode-se perceber uma queixa em relação ao seu poder de decisão, inclusive com diminuição da autonomia para a execução do seu trabalho.

“[...] 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).

As queixas de alguns enfermeiros sobre uma sentida perda de autonomia talvez represente a mais marcada contradição entre o que é pregado oficialmente pelos gerentes e coordenadores e o que é percebido ou vivenciado pelos trabalhadores. Pareceu-nos que este aspecto “escapa” aos olhos de alguns gerentes e coordenadores, já que não vislumbram essas contradições presentes na micropolítica.

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. 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. Ele deve conseguir que os membros da equipe conversem de forma sistemática entre si, assumindo sempre compromissos centrados na qualificação do atendimento prestado ao usuário.

Nesta perspectiva, o modelo de gestão implantado no hospital em estudo tem que enfrentar uma tensão permanente entre uma concepção do poder como resultante da capacidade humana de agir conjuntamente, onde a comunicação, o debate e a busca de consensos para ação são essenciais, e outra centrada no controle, disciplinamento, de exercício da autoridade e de mando de um sobre o outro¹⁴.

O fato de que as coordenações das unidades de produção sejam ocupadas preferencialmente pelo profissional médico, por uma decisão da diretoria, mesmo que muitas vezes vá contra as expectativas e preferências do grupo, configura outra tensão dentro do modelo.

Persiste sempre uma tensão entre quem deve ocupar a coordenação: o médico ou o enfermeiro? Parece haver vantagens e desvantagens nos dois casos. No caso do médico, 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. Em muitos casos, pode-se perceber pelos relatos, que formalmente quem exerce a coordenação da unidade é o médico, mas quem exerce a coordenação informal (e real) é o enfermeiro, o que, afinal, reproduz o modo tradicional de se fazer a gestão do hospital.

“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)

Até aqui, podemos visualizar o quanto a introdução de mudanças nos modos de se fazer a gestão terá sempre que atravessar o denso campo dos instituídos.

Ruídos 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 eles

aparentemente não foram alcançados pelas mudanças pretendidas por este modelo gerencial. Paradoxalmente, o estudo mostrou que é neste grupo, os situados nos níveis mais inferiores da escala de autoridade do corpo de enfermagem, que se nota o alheamento, um quase estranhamento das diretrizes do modelo de gestão com intenções de participação e democratização da vida institucional.

“[...] quando eu tenho alguma coisa para falar, eu falo com a minha supervisora [...]” (TE6)

“Para mim está tudo igual [...]” (AE9).

“Para mim não mudou nada. Não houve alteração” (TE1).

Assim, os técnicos e auxiliares de enfermagem continuam atuando conforme faziam no modelo tradicional de gestão da enfermagem, 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 providências” (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)

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 em um modelo mais participativo e democrático, não há participação desses funcionários nos processos decisórios. 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 social¹².

Assim, chamamos a atenção para a baixa ou nula inserção do pessoal de nível técnico de enfermagem nos espaços colegiados de decisão, já 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. Os trabalhadores de enfermagem de nível médio ainda têm como referência de autoridade a sua chefia de enfermagem direta, não havendo em suas manifestações nenhuma referência a qualquer coisa parecida com decisões colegiadas, compartilhadas, nos arranjos institucionais pensados para tanto, quais sejam, os colegiados de gestão das unidades.

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. Para o sucesso de um modelo que busca um sentido mais comunicativo de gestão, é ponto fundamental que haja a participação de todos os envolvidos e a co-responsabilização em todos os sentidos. Consideramos, então, como problemático, 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.

Com base na análise dos “ruídos” extraídos das falas 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.

Conclusões

Como conclusões preliminares, podemos afirmar que, apesar das várias alterações no processo de comunicação estimulados pelo modelo, muito há que se fazer para que haja uma comunicação mais fluida entre as várias unidades do hospital. 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.

A tomada de decisão aparentemente está aumentada nas unidades de trabalho, segundo o relato de alguns entrevistados. Os profissionais que ocupam cargos de gerência de linha e coordenação sentem-se com maior autonomia para resolver problemas internos ao hospital. Contrariamente, os mesmos atores queixam-se da falta de governabilidade tanto para dar pequenas respostas no cotidiano, como 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 os recursos humanos. 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 gestão de pessoal. Portanto, é discutível a viabilidade da descentralização do poder quando não há plena autonomia por parte da organização para gerenciar os recursos necessários para garantir o cuidado.

Por outro lado, a baixa participação do pessoal de enfermagem de nível médio nos espaços colegiados reproduz a hierarquia na equipe de enfermagem, na medida em que o poder de decisão fica ainda muito concentrado no enfermeiro, reproduzindo traços do estilo tradicional de gestão, detectável tanto na dificuldade de participação nas decisões, como no servilismo, na renúncia aos próprios desejos e idéias por parte dos trabalhadores de menor escolaridade.

Cabe salientar que, apesar dessa desarticulação dos técnicos e auxiliares de enfermagem em relação ao modelo adotado, os mesmos conseguem visualizar que houve algum incremento 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 modo de se fazer a gestão, na medida em que têm pouco ou nenhum contato com o coordenador da unidade 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 na não participação desses funcionários nas decisões relativas à sua própria unidade de trabalho ou à instituição de maneira geral. Isto contribui para 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.

A maioria das demais coordenações é ocupada por médicos que não cumprem seus horários de trabalho na instituição, o que gera conflitos entre as equipes e entre as diferentes categorias profissionais. Freqüentemente são delegadas ao enfermeiro atribuições que deveriam ser executadas pelos próprios coordenadores, já que estes permanecem pouco tempo na instituição. Por outro lado, a dificuldade do médico atuar como coordenador pode ser explicada pelo caráter autoritário e centralizador de sua prática. Aqueles que conseguem lidar com as questões do cotidiano em condições mais horizontais com as demais categorias normalmente conseguem mais adesão dos trabalhadores e, portanto, menos conflitos no seu ambiente de trabalho. Porém, notamos que o poder médico ainda é bastante forte no hospital onde se deu o estudo. A hegemonia médica prejudica a inserção de outro pro-

fissional como, por exemplo, o enfermeiro no cargo de coordenação.

Há que se ressaltar, no entanto, que mesmo com as dificuldades encontradas na implantação do modelo de gestão colegiada, um número expressivo dos profissionais considera que houve mudanças positivas no hospital, em particular 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 de incentivo financeiro, baseado na avaliação de desempenho, a todos os profissionais contratados. Como afirmamos antes, pensamos que estas melhorias devam ser vistas mais como simultâneas do que como desdobramento necessário de um modelo de gestão que, em princípio, apostou numa gestão mais democrática. Pensamos que os "ruídos" identificados evidenciam que há contradições no processo gerencial que necessitam ser revistas.

Como afirmamos na metodologia, a ênfase na leitura que fazemos neste artigo está focalizada em uma "leitura do dissenso", a partir da valorização das diferentes formas de como "o modelo de gestão" é vivido, percebido e significado pelos trabalhadores, em particular pelo pessoal de enfermagem. Sem desconhecer que o material empírico permite apontar uma série de pontos positivos, em particular quando se observa a fala dos dirigentes ou de alguns coordenadores, intencionalmente voltamos nossa atenção para o movimento de diluição, dispersão ou de borramento que "o" modelo - que traz a promessa de imprimir maior racionalidade no modo de se fazer a gestão do hospital - vai sofrendo ao nível da micropolítica do hospital, ali onde se cruzam os poderes instituídos e se vive a dinâmica das relações entre os atores que habitam a organização. As falas do pessoal de enfermagem foram particularmente ricas para caracterizar este movimento.

Uma conclusão, então, é de que "o" modelo de gestão, enquanto um encadeamento de dispositivos, de lógicas e de sentidos bem precisos existe mais como um discurso racional portado pela direção do que uma compreensão compartilhada pelo conjunto dos atores organizacionais. Tal discurso vai sendo transformado, reelaborado e, no caso dos trabalhadores mais subalternos, rigorosamente ignorado na medida em que não consegue ou conseguiu, na experiência analisada, transformar efetivamente os seus cotidianos, submetidos que ficam ao poder de suas chefias.

Uma outra conclusão do estudo poderia ser no sentido de interrogarmos a potência de ar-

ranjos institucionais formais como o colegiado de gestão (CG) para se democratizar efetivamente as relações, ou, no mínimo, para reduzir as tão marcadas assimetrias de poder que existem na organização hospitalar.

Ora, o CG foi pouco problematizado nas falas dos vários profissionais entrevistados. O silêncio sobre o CG pode ser um bom indicativo do quanto a gestão colegiada e participativa pretendida não foi concretizada plenamente. O CG não aparece como um espaço importante de democratização da vida institucional. Ele não parece se constituir, na experiência dos atores que estão vivenciando há dez anos um “modelo de gestão colegiada”, uma experiência que contribua para a inovação da micropolítica do hospital. Os profissionais parecem ainda estar muito referenciados às suas corporações, construindo sua identidade na referência às “outras” corporações. Praticamente não aparece nas várias falas o conceito de “equipe”, a preocupação com a construção compartilhada do cuidado ou, mesmo, indícios de que os espaços colegiados estejam facilitando a construção de coletivos mais solidários. As corporações parecem ainda muitos auto-referenciadas. Neste sentido, toda a expectativaposta no funcionamento do CG, enquanto construto teórico que aspira reinventar as relações na organização, não se cumpre. Os mecanismos de coordenação permanecem muito referenciados às corporações¹¹. Desse modo, entendemos que o modelo gerencial adotado, por todas as dificuldades ressaltadas,

caracteriza-se como parcialmente colegiado, descentralizado ou participativo.

Para finalizar estas conclusões, construídas a partir da opção metodológica de colocar um foco intencional na escuta do dissenso e na polifonia dos atores organizacionais, vamos nos reportar a uma reflexão de Sahlins¹⁵, quando ele afirma que as diferenças de percepções e significados, que um estudo como este que relatamos capta, expressam os valores e interesses posicionais dos falantes em uma certa ordem sociopolítica. As discrepâncias nas falas refletem posições dissonantes dos atores no espaço social que é o hospital, bem como sua experiência neste universo. O que as pessoas dizem não é aleatório do ponto de vista de sua existência social. Por outro lado, ele alerta para que não imaginemos que a presença de vozes dissidentes seja assistemática. A consciência de uma diferença é a consciência de uma conexão, diz ele apoiado em Cassirer. Haveria, assim, uma relação ou uma trama que, de alguma forma, entretece os pontos de vista conflitivos. Este é um dos desafios que o hospital coloca para aqueles que se propõem a compreender melhor seu funcionamento: aprender a escutar o diferente, o singular, o dissenso e, também, a possibilidade de linhas de fuga, de criação, de protagonismo dos atores, mas, ao mesmo tempo, a sua relação com uma complexa rede de instituídos que teima em reproduzir modos de se construir relações que julgamos tão necessário mudar.

Colaboradores

A Bernardes procedeu à coleta de dados, bem como trabalhou na concepção e na redação final do estudo. LCO Cecílio trabalhou na concepção e na redação final do estudo. JRS Nakao e YDM Évora colaboraram na concepção e na redação final do estudo.

Referências

1. Artmann E, Uribe R, Francisco J. A *démarche stratégique* (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. *Rev C S Col* 2003; 8(2):479-499.
2. Azevedo CS. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. *Rev C S Col* 2002; 17(2): 349-361.
3. Azevedo CS, Braga FCN, Sá MC. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicosociologia. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 235-247.
4. Rollo A, Oliveira RC. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
5. Cecílio LCO. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
6. Carapinheiro G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento; 1998. p. 295.
7. Malta DC, Cecílio LCO, Gurgel GA, Jorge AO, organizadores. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: Editora ANS; 2005. p. 269.
8. Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 333.
9. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 236.
10. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002. p.189.
11. Cecílio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade* 2004; 13: 39-55.
12. Merhy EE, 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: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.113-150.
13. Cecílio LCO, Pinto S, Rezende MFB, Magalhães MG. O pagamento de gratificação financeira para os trabalhadores como parte da política de qualificação da assistência de um hospital público. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(6):1655-1663.
14. Cecílio LCO, Moreira ME. Mecanismos de controle, disputa de interesses e conflitos: a trama de poder nas organizações de saúde. *Revista de Administração Pública* 2002; 36(4).
15. Sahlins M. *Esperando Foucault, ainda*. São Paulo: Cosac & Naify; 2004. p. 111.