

## Modelo de gestión colegiada y descentralizada en hospital público: la óptica del equipo de enfermería<sup>1</sup>

Andrea Bernardes<sup>2</sup>

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

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

Carmen Silvia Gabriel<sup>2</sup>

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

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

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

<sup>1</sup> Apoyo financiero de la Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), proceso nº 2008/03775-5.

<sup>2</sup> Enfermera, Doctora en Enfermería, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: Andrea - andreab@eerp.usp.br, Carmen - cgabriel@eerp.usp.br.

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

<sup>4</sup> Enfermera, Doctora en Enfermería, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: yolanda@eerp.usp.br.

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

---

Correspondencia:

Andrea Bernardes

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Av. dos Bandeirantes, 3900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: andreab@eerp.usp.br

## **Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem**

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

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

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

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

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

## **Introducción**

La complejidad hospitalaria y su cotidiano, atravesados por intereses que entran en conflicto, han apuntado, tanto para la necesidad de buscar referencias teóricas para pensar la micropolítica hospitalaria, como de experimentar nuevas formas de hacer su gestión<sup>(1)</sup>.

Los sistemas vigentes de gestión, en particular con sus componentes tayloristas, fayolistas y su énfasis en estructuras formales y verticales no responden más a las expectativas de los gerentes, trabajadores y, especialmente, de los usuarios. En esos modelos administrativos, aparentemente la garantía del control es

mayor cuando más personas están bajo supervisión directa del gerente y cuando mayor es su territorio de acción y de anulación de cualquier decisión del trabajador sobre el trabajo. Por cuenta de tal concepción, casi siempre hay un distanciamiento del enfermero del cuidado al enfermo, ya que él acaba se envolviendo con actividades administrativas burocráticas, dirigidas a los intereses de la institución, relegando a un plano secundario el cuidado al cliente y la presencia directa junto al cuerpo de enfermería.

Hay que considerar que los enfermeros son profesionales privilegiados, porque tienen la oportunidad

de interactuar directamente con los clientes, mejorando la práctica a través de la oferta de un cuidado más calificado<sup>(2)</sup>. Sin embargo, la práctica del enfermero sufre gran influencia del modelo organizacional adoptado por la institución, que en su mayoría está organizado bajo el abordaje clásico de la administración. Es necesario un cambio de esa práctica, en consonancia con modelos de gestión innovadores. En la actualidad, el enfermero está siendo llamado a compartir una tarea dirigida al usuario y a lo cotidiano de las unidades, que exigirá habilidades y conocimientos clínicos y la transposición del estilo de administración científica para la administración más flexible y sensible. En este caso, es necesario ampliar la visión acerca de las posibilidades del trabajo, no apenas del enfermero, pero de todo el equipo multidisciplinar y dedicarse a lo que realmente es importante: la construcción de una nueva manera de producir salud valorizando el acogimiento de los usuarios y la satisfacción de sus necesidades. Para esto, es necesaria la valorización de los procesos de relación, que expresa la esencia del trabajo vivo, así como la utilización de los conocimientos para que se pueda producir calidad en el sistema<sup>(3-4)</sup>. El enfermero debe apoyarse en cosas simples y valorables de enfermería, a fin de transformar tareas burocráticas en una práctica sensible dirigida al cuidado del paciente<sup>(5)</sup>.

En los nuevos modelos de administración los organogramas surgen con mayor simplicidad, a fin de instituir propuestas organizacionales más directas, a pesar de que la simple horizontalidad del organograma o la disminución de la jerarquización no superan, por sí sólo, las relaciones de poder, dominación y control. El modelo de gestión colegiada o compartido trata de la descentralización de la organización por medio de la implantación de unidades funcionales autónomas, con menos jerarquía y más poder de decisión, ligadas al tope de la estructura por coordinaciones<sup>(6-9)</sup>. Esas unidades funcionales son proyectadas con base en equipos, con responsabilidad compartida y un equilibrio de poder dinámico, construido en el propio proceso de decisión<sup>(6-9)</sup>. "Los sectores descentralizados son modulares e independientes, pero con interdependencia garantizada por un mínimo de valores absolutamente compartidos y por un sistema de comunicación intensiva"<sup>(6)</sup>. Las propuestas contemporáneas surgen con la intención de descentralizar el poder y la autoridad, objetivando la elaboración de estrategias compartidas de resolución de problemas, con sistemas de información más simples y directos.

En esos modelos administrativos más contemporáneos el enfermero debe desempeñar una administración innovadora, buscando medios que posibiliten la mejoría de la calidad de la asistencia, mayor satisfacción

para el equipo, así como el alcance de los objetivos organizacionales<sup>(10)</sup>.

Así, la investigación se justifica por creer que el estilo administrativo adoptado hoy, en la mayoría de los hospitales, está ultrapasado y necesitando de transposición para una forma más flexible, que valore y motive más a las personas. Delante de lo expuesto emergieron las siguientes preguntas de investigación: ¿Considerando la reestructuración administrativa del hospital en estudio, cómo ocurrió el proceso de cambio de estilo administrativo? ¿Cuál es la percepción del equipo de enfermería frente a la implantación del modelo de gestión colegiada y descentralizada?

El objetivo de este estudio es presentar la implantación del modelo de gestión colegiada y descentralizada en unidades funcionales, así como identificar la percepción del equipo de enfermería y del asistente técnico de salud acerca de esa implantación en un hospital público del municipio de Ribeirao Preto-SP.

## Metodología

Se trata de un estudio de caso histórico organizacional<sup>(11)</sup> en la vertiente cualitativa pautada en el referencial teórico analítico del modelo de gestión colegiada.

Este estudio fue realizado en un hospital público localizado en el municipio de Ribeirao Preto-SP, que a partir de 1.999, pasó a apostar en la descentralización de la estructura administrativa, mediante la aplicación de la gestión compartida, centrada en la planificación colegiada, con representación multiprofesional.

La recolección de datos fue realizada con los profesionales que integran el equipo de enfermería de la Sala de Urgencia y del Centro de Terapia Intensiva. Las justificativas por la elección de estas unidades fueron: 1º) la proximidad de la investigadora con esas unidades funcionales, una vez que, en el inicio de la implantación del modelo de Gestión Colegiada, participó como observadora de esos grupos; 2º) el entendimiento de que esos dos grupos de gestión participativa podrían proporcionar subsidios para el análisis, una vez que la investigadora tiene mayor proximidad de trabajo con esas áreas.

Atendiendo a las exigencias de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, el proyecto de investigación fue analizado y aprobado por el Comité de Ética de la institución (Proceso nº 3068/2008). Para participación en el estudio, los sujetos fueron consultados en cuanto al interés y disponibilidad y firmaron el Término de Consentimiento Informado.

Los sujetos de la investigación fueron los enfermeros,

auxiliares y técnicos de enfermería y la asistente técnica de salud del hospital. Los criterios de inclusión de los profesionales fueron la presencia en el hospital en el período de la recolección de datos, así como la fecha de admisión anterior o igual a 1.999. Se optó por utilizar este último criterio por ser importante que estos hubiesen participado del proceso de transición del modelo administrativo. Fueron entrevistados 11 enfermeros, 1 técnico y 26 auxiliares de enfermería y la asistente técnica de salud, haciendo un total de 39 individuos.

La recolección de datos ocurrió en el mes de enero de 2.009, después planificar conforme disponibilidad de los sujetos de la investigación. El estudio fue realizado en dos etapas. En la primera etapa, se realizó el análisis de los documentos relativos a la estructura organizacional del hospital. En la segunda, fue realizada una entrevista semiestructurada. El guión de la entrevista fue sometido a la validación aparente y de contenido, con cuatro jueces del área de Administración en Enfermería. Las entrevistas fueron grabadas después de la autorización de los entrevistados, siendo garantizado el anonimato. La recolección de datos fue realizada por la investigadora con apoyo de otra docente.

Entre las varias técnicas propuestas para el análisis de los datos, se optó por la utilización del análisis temático de contenido descrito por Bardin, cuyas fases se organizan en Preanálisis; Exploración del material; Tratamiento de los resultados obtenidos e Interpretación<sup>(12)</sup>.

## Resultados y Discusión

### El escenario institucional de la investigación

La institución donde se realizó el estudio funciona en régimen de plantón permanente, siendo referencia, prioritariamente terciaria, para pacientes en situación de urgencia o emergencia. Ofrece, en su puerta de entrada, una sala de estabilización clínica para pacientes en estado grave, una sala de trauma para pacientes accidentados y *boxes* para atención a las urgencias no traumáticas de pacientes menos graves<sup>(13)</sup>. Adicionalmente, el hospital dispone de áreas específicas para internación con camas de terapia intensiva, Unidad de Quemados, Unidad de Cuidados Semi intensivos, Unidad de Aislamiento y enfermerías clínicas y quirúrgicas.

En esta institución, el grupo de dirigentes nombrados en mayo de 1.999 tenía el deseo de promover el cambio del sistema administrativo hospitalario instituido, una vez que en los últimos treinta años de vida organizacional, el modelo administrativo se mantuvo único y centrado en la administración clásica<sup>(14-15)</sup>. A partir de entonces, pasó a ser trabajada la propuesta de descentralización de la estructura

administrativa, mediante la adopción de los principios de la gestión compartida<sup>(16)</sup>.

El hospital fue entonces segmentado en trece unidades funcionales: Acogimiento; Sala de Emergencia; Centro de Terapia Intensiva de Adulto; Pediatría; Clínica Neurológica; Clínica Quirúrgica; Bloque Quirúrgico; Quemados; Laboratorio de Patología Clínica; Nutrición; Infra-Estructura / Manutención / Higiene y Limpieza; Farmacia; Centro de Enseñanza en Urgencia y Emergencia<sup>(14)</sup>.

Hacen parte de la administración de esta institución, el Coordinador designado por el superintendente de la institución, el Equipo de Planificación y de Responsabilidad Técnica, la de Responsabilidad Operacional, el Consejo de Administradores de las Unidades Funcionales, incluyendo los Administradores y el Equipo Administrador y el Grupo de Apoyo Operacional. El Administrador y Viceadministrador de las unidades necesitan tener y estar ejerciendo cargo de nivel universitario, y ser elegidos por mayoría simple entre los componentes de la Equipo Administrador.

Se sabe que la organización del proceso de trabajo, sin evaluación del grado de riesgo, que trata de equilibrar la desproporcionalidad entre el número de personal y el número de pacientes, asociada al área física deficiente, refuerza la insatisfacción de los profesionales<sup>(17)</sup>. De esa forma, es importante resaltar que, poco a poco, la organización arquitectónica y tecnológica de esa unidad se fue adaptando a las nuevas necesidades. Hubo gran incremento en el número de camas, especialmente para pacientes críticos, redefinición de ocupación de las áreas, así como la implementación de un programa de humanización y capacitación de los trabajadores<sup>(16)</sup>.

### El proceso de implantación

Para que exista éxito en la implantación de un modelo de gestión con foco en la descentralización de las acciones y en la participación del colectivo en las decisiones, es imprescindible que exista la percepción de los envueltos sobre la necesidad del cambio. A partir del momento que la democratización de la vida institucional se torna un ideal, tanto para la dirección como para los trabajadores, es necesario ampliar la discusión acerca de los aspectos que están envueltos.

Declarar el proyecto es también un momento de construcción del consenso mínimo para que los trabajadores orienten sus prácticas a partir de ese momento; es la búsqueda de una mejor dirección en torno de los objetivos de la dirección<sup>(18)</sup>.

El análisis del material empírico permitió el reconocimiento de núcleos de sentido y, posteriormente, la reagrupación de estos en las categorías "Implantación vertical y desinformación de los envueltos", "Avances

provenientes de la implantación”, “Ruidos provenientes del proceso de implantación” y “El retorno al modelo tradicional de administración”. Esas categorías, extraídas a partir de los núcleos de sentido generaron dos grandes bloques temáticos. El primero, se refiere a las críticas de los actores institucionales sobre el modo de conducción del proceso (La implantación vertical y la desinformación de los actores institucionales) y el segundo, se refiere al reconocimiento de algunos cambios positivos que pueden ser imputados al nuevo modo de administrar (Los avances provenientes de la implantación).

### La implantación vertical y la desinformación de los actores institucionales

Uno de los aspectos más importantes fue la “estrategia” utilizada por el administrador del hospital para la implantación del modelo de gestión compartido. A pesar de que él apunte que había una clara necesidad de cambio en la institución, ya que venía pasando por una exposición negativa frente a los problemas enfrentados<sup>(16)</sup>, se reconoce que las discusiones internas objetivando la preparación de la reforma administrativa no ocurrieron de forma amplia.

Según gran parte de los entrevistados, no hubo un momento de articulación con los envueltos, buscando entender las necesidades grupales y atender al concepto implícito y esencial en ese modelo que debe ser, necesariamente, una construcción colectiva. Se sabe que los recursos humanos representan un componente crítico para el delineamiento de nuevos paradigmas administrativos para los servicios de salud, en especial en el área de enfermería. Todos reconocen que el desempeño de cualquier organización depende de su personal<sup>(19)</sup>.

*Yo pienso que... el equipo no fue bien informado, la base no fue bien hecha en la época, es... que fue implantado, no se respetó mucho el espacio, el tiempo de cada uno para aprender. (E2)*

*La implantación no fue hecha muy a las claras, sí... Fuimos sólo informados de la implantación y... el cambio fue... Fue hecho así, prácticamente de la noche para el día. (AE10)*

Se nota que hubo falla en la información y, más bien, en la planificación para el cambio, una vez que no hubo participación del colectivo de trabajadores en la fase importante de “pensar” la propuesta y “implementarla”.

Cabe contextualizar que la comunicación efectiva es una de las concepciones de este modelo colegiado de gestión<sup>(6-9,14)</sup>. Al proponerse un modelo con base en estructuras flexibles y descentralizadas, se debe pensar menos intensivamente en comunicación vertical y, prioritariamente, en comunicación horizontal o lateral<sup>(20)</sup>:

*La decisión continua siendo de arriba para abajo, como fue la implantación... (ATS1)*

*Entonces, yo pienso que fue que vino muy vertical. Tomó una persona que tenía el interés de que el modelo fuese cambiado, sólo que no trabajaba la cabeza de los jefes, de los jefes inmediatos y de los funcionarios, entonces, al final de cuentas, quedó vertical. Quien estaba aquí abajo y que no tenía un acompañamiento... no tenía idea del que lo que estaba aconteciendo, veía la cosa de una manera más así... bruta. (AE12)*

Queda claro que, el proceso de implantación sucedió de arriba para abajo. La Asistente Técnica de Salud (ATS), responsable por el equipo de enfermería de todo el hospital, destaca que el proceso mantuvo características tayloristas/fayolistas, lo que probablemente implicó en la no adhesión de todos los trabajadores en el transcurso del tiempo. El ideal de este modelo de gestión colegiada es llevar el colectivo a un deseo de participación, de tornarse un “miembro del equipo”, pero para eso, es imprescindible que manifiesten el interés por el cambio y que, sobre todo, conozcan las concepciones que orientan el referido modelo.

Esa percepción de la falta de información acerca del cambio y que esta ocurrió de forma vertical se acentúa en la medida en que relatan explícitamente que desconocen las atribuciones de cada componente del grupo:

*Porque hoy percibimos que el personal no sabe lo que es gestión compartida, o colegiada y... ¿Cuáles son los límites, cuáles son las obligaciones y los deberes de cada uno? (...) Porque hoy, por ejemplo, el administrador ocupa el mismo cargo del responsable operacional, y va acumulando cargos, entonces medio que se mezcla lo que es administrar, lo que es ser responsable operacional, entonces quedó medio sin límite las cosas, y todo muy preso a una única persona... (E2)*

Conocer el papel de cada miembro del grupo administrador es, en la visión de los entrevistados, factor primordial para que los funcionarios sepan a quien se reportar. Se podría decir, aquí, que el nuevo diseño del organograma, con nuevas líneas de autoridad y decisión, parece dejar a los trabajadores confusos, cuando toman como referencia el diseño organizacional anterior, con sus bien establecidas líneas de comando y control.

A este respecto, un estudio realizado en el mismo hospital demuestra que la estructura organizacional propuesta cuenta con el apoyo de un equipo de supervisores y responsables técnicos para cada categoría profesional. Cada supervisor o responsable técnico desempeña el papel de apoyador, instrumentalizando las prácticas de atención hospitalaria y abasteciendo sus equipos con orientaciones y acciones de regulación del ejercicio profesional<sup>(15)</sup>. Sin embargo, el referido estudio no trae mayores detalles sobre lo que le cabe a cada elemento que compone el grupo administrador, ni tampoco como se hizo la instrumentalización de las prácticas y orientaciones necesarias.

Todos los aspectos citados contribuyen para impedir el amplio involucramiento y la corresponsabilidad con las acciones propuestas, pudiendo dificultar la transposición administrativa y, consecuentemente, disminuir la calidad pretendida por la institución.

### **Los avances provenientes de la implantación en la percepción del equipo de enfermería y de la asistente técnica de salud**

Según los actores institucionales entrevistados, hay ventajas en esa forma de administrar lo cotidiano del trabajo cuando comparada al modo anterior. Se destaca el aumento de la visibilidad del hospital, facilitando la visión de interdependencia entre las varias unidades de producción. Acaba siendo un verdadero proceso de educación de los dirigentes que se transforman, progresivamente, de "jefes de unidades" en verdaderos dirigentes. Es un facilitador de la construcción de consensos en torno de la propuesta de calificación y defensa del hospital<sup>(4)</sup>.

Varios avances fueron también percibidos por los profesionales referentes a la reorganización administrativa. Uno de ellos se refiere a la atención prestada a los usuarios:

*Si, aquí hay mucha dificultad, los médicos mismo saben de eso, cuando usted va a transferir un paciente, aquí está lleno y no tiene donde usted colocar el paciente, por ejemplo... Usted llegaba aquí, usted llamaba a los pisos y el personal decía así: ah, no puede subir el paciente ahora porque la cama está sucia. Ah! Dos o tres horas para limpiar una cama, no es posible. Cuando el otro entró aquí, asumió, yo pienso que los pacientes iban con más rapidez sabe, es una de las cosas que mejoró. (AE1)*

Se desprende de la declaración que hay algunas manifestaciones de mejoría en la atención prestada, una vez que el administrador quedaba más próximo de las unidades funcionales, no permitiendo que los clientes permaneciesen en camas de observación si hubiesen camas de internación remanentes. Hay que considerar que los usuarios deben tener centralidad en ese proceso de implantación del modelo administrativo, debiendo tener sus intereses y necesidades atendidos de la mejor forma posible y de acuerdo con los recursos existentes en el hospital.

Otro aspecto positivo reconocido se refiere a la autonomía de las unidades funcionales:

*La mayoría de los problemas que son levantados en la reunión, nosotras conseguimos resolverlos en el CTI mismo. (AE9)*

Es imprescindible la autonomía de las diferentes unidades en lo que se refiere a las decisiones internas, posibilitando a la dirección ocuparse de problemas más apremiantes, principalmente relacionados a la política institucional.

Es importante destacar la autonomía en relación a la administración de los recursos financieros:

*Tenían (autonomía para gastar). El coordinador administrativo tiene el control de esa partida, ahí cuando solicita viene para él, si tiene la partida la coordinación puede estar asumiendo una cantidad, divide y compra. Por ejemplo, hoy llegó un congelador nuevo para sala de urgencia. Eso las unidades lo hicieron bien hecho. (ATS1)*

Una de las dificultades más comúnmente recordadas cuando se piensa en la administración de hospitales gubernamentales es la poca autonomía para la atención de las áreas de apoyo, como por ejemplo, la compra de materiales y equipamientos, así como la lentitud de ese proceso por excesiva reglamentación<sup>(18)</sup>. En el caso del hospital en cuestión, este no parece constituir un problema, ya que hubo repase del recurso para las unidades funcionales. Sin embargo, la gobernabilidad referente a procesos más complejos como la contratación de recursos humanos, continúan siendo de responsabilidad del hospital, indicando los límites de la autonomía pretendida y pudiendo ser una de las razones para la poca adhesión de los trabajadores, como si ellos percibiesen los límites en la disposición (y posibilidad) efectiva de descentralización del poder.

También relacionado a los avances provenientes de la implantación del modelo de gestión colegiada en esa institución, cabe resaltar la intensificación de la participación en las discusiones:

*Yo pienso que para los auxiliares y técnicos... nosotros tuvimos un poco más de libertad para hablar lo que sentíamos, lo que pensábamos y eso era una cosa que yo pienso que nosotras no teníamos anterior. (AE3)*

En este modelo, los problemas tienden a ser solucionados con mayor agilidad y adecuación. Esto porque los profesionales tienen mayor autonomía y poder para que la resolutivez sea alcanzada en el ámbito de la unidad. En la medida en que las personas participan de las propuestas de solución, hay tendencia para alcanzar una mayor adecuación en la resolución, ya que los individuos experimentan esos problemas directamente en su cotidiano de trabajo<sup>(20-21)</sup>.

Otro punto que merece destaque es el proceso de comunicación:

*(...) antiguamente era todo más restricto, por ejemplo, algunas rutinas quedaban entre las enfermeras, no era pasado para los auxiliares y para los técnicos, eso cambió porque las enfermeras están comunicando más, están pidiendo para los auxiliares y técnicos participar también de las alteraciones... (E3)*

*En aquella época (de la implantación), usted tenía una comunicación mejor, usted tenía más interacción entre el equipo médico y el equipo de enfermería... Usted tenía mejor acceso, el paciente era mejor atendido... (AE12)*

El proceso de comunicación en ese modelo innovador de gestión debe ser ampliamente intensificado, especialmente entre e inter-unidades. Se nota por las declaraciones que los auxiliares de enfermería pasaron a sentir a los profesionales como más próximos. Parece que la "información" se convierte en diálogo, lo que posibilitó avances también en relación al cuidado del usuario.

Comunicación lateral significa comunicación directa, sin intermediación, entre las varias unidades de trabajo, buscando la solución conjunta y creativa de todo impedimento que por acaso pudiese surgir<sup>(9)</sup>. Se percibe que los trabajadores entrevistados retratan la facilidad en la comunicación intra-unidad en el período inicial a la implantación de este estilo administrativo.

También, vale resaltar que ese modo de hacer gestión, provoca cambios en las relaciones de poder y de decisión entre las corporaciones profesionales, en particular dar mayor visibilidad y reconocimiento para el trabajo de la enfermería.

*Pienso que la enfermería acabó quedando más, más unida, porque antes yo pienso que así, los médicos dominaban bastante. La enfermería ganó más espacio, hoy la enfermería consigue resolver, decidir los problemas de ellas sin la interferencia del médico. (AE7)*

Es importante destacar cuan incómoda todavía es la presencia del médico para el equipo de enfermería. De acuerdo con la declaración, hubo nuevo arreglo en las relaciones de poder entre las corporaciones, a punto de la enfermería tener condiciones de resolver nuevos problemas, más allá de los que ya enfrentan normalmente, sin la intervención de este profesional. Cabe, sin embargo, resaltar que, al tratarse de un modelo participativo, debería haber, en principio, una relativización de la actuación del Servicio de Enfermería en la lógica tradicional, siendo que no siempre es fácil a quebrar las líneas de mando verticales de la corporación<sup>(1,22)</sup>. De cualquier modo, las líneas verticales de comando y decisión fueron atenuadas. Provocar alteraciones en ese modo de funcionamiento, ciertamente, significó alterar todo un sistema de relaciones y compromisos.

Fue relatado por algunos funcionarios, que los problemas pasaron a ser resueltos más rápidamente después de la implantación del modelo compartido de gestión:

*Ah, yo pienso que se puede decir que fue resuelto con más rapidez, pero, de nuevo yo vuelvo a hablar, dependiendo del administrador, aquel que era comprometido y que iba atrás para resolver los problemas, porque él es el puente de la unidad funcional con la coordinación, es eso iba adelante. (ATS1)*

Los modelos contemporáneos tratan las unidades funcionales como equipos autónomos, visualizando jerarquía menos rígida y fronteras de autoridad más

ambiguas<sup>(6-9,23)</sup>, lo que posibilitaría, en principio, la resolución de gran número de problemas de forma más rápida y eficaz. Eso porque el equipo conoce y vive los problemas, es capaz de establecer las prioridades y entiende la necesidad de las soluciones más inmediatas. Sin embargo, como es destacado en la declaración anterior, depende de la característica del administrador. Si este es comprometido con la unidad, el puente con la dirección se realiza rápidamente, la articulación es establecida y el problema tiene mayores chances de ser resuelto. Eso lleva a reflexionar que, tal vez más que "estructuras", acaba prevaleciendo el conjunto de relaciones y encuentros en lo cotidiano del hospital, muy dependientes del protagonismo de sus actores, haciendo del hospital una orden precaria y contingente o una "orden negociada"<sup>(23)</sup>.

## Consideraciones finales

La implantación del modelo de gestión colegiada, a pesar de haber ocurrido de forma autocrática, posibilitó mejorías internas en la institución hospitalaria pública en estudio, con repercusión positiva en la asistencia prestada al usuario, principalmente en los primeros años de cambio. La percepción del equipo de enfermería acerca de ese proceso es que luego después de la implantación, hubo mayor participación en las reuniones, así como en las decisiones, lo que aparentemente, resultó en mayor motivación de los grupos. Sin embargo, relatan que la adhesión al modelo quedó muy perjudicada, una vez que la capacitación/orientación del equipo en relación a las concepciones que determinan el actuar colegiado fue incipiente. De esa forma, el equipo de enfermería no sabía a quién reportarse, ni tampoco lo que le cabía a cada elemento del grupo administrador. Esa importante constatación tiene estrecha relación con la postura más impositiva de los idealizadores de la propuesta, que la implantaron independientemente de la necesidad percibida por el equipo multidisciplinar. Eso significa que, a pesar de conocer y experimentar los desgastes asistenciales que venía pasando la institución en la época de la implantación, todas las categorías profesionales desconocían el conjunto organizacional que contribuía o hasta propiciaba esos desgastes.

La organización real, sustentada por prácticas cotidianas, casi nunca corresponde al diseño de la organización formal. Por lo tanto, para producir transformaciones en una institución, es necesario un largo proceso de discusión, de escucha entre el equipo multidisciplinar y la dirección, de producción de nuevos consensos, siempre basados en un proyecto ético político mínimamente compartido por los actores institucionales.

La implantación de la gestión colegiada, sumada a la implantación de la Central Única de Regulación Médica en el municipio, posibilitó un nuevo arreglo interno en el hospital que llevó, a pesar de las dificultades, a algún grado de reorganización del espacio y, con seguridad, de la asistencia. La proximidad del administrador de las unidades funcionales y la mayor autonomía en la resolución de problemas y en la gestión de los recursos financieros permitieron avances en relación a la calificación asistencial.

Se observa que gran parte de las facilitaciones ocurrió por tiempo determinado, culminando con la salida del idealizador/coordinador. La participación de los representantes por categorías en las reuniones multidisciplinarias, así como la facilidad en la comunicación intra-unidad, la descentralización del poder y del proceso decisorio fue decreciendo, gradualmente, después de la salida de ese profesional, hecho que contradice las concepciones de este modelo y apunta algunos límites en su implantación en los contextos organizacionales concretos.

Sin embargo, a pesar de las dificultades enfrentadas, hay que resaltar los avances alcanzados o vislumbrados por los equipos de las unidades funcionales, en lo que se refiere a la implantación de un modelo de gestión que enfatice la corresponsabilidad, la participación del colectivo de trabajadores en la búsqueda de la calificación de la asistencia y de mayor motivación para la ejecución de las actividades.

Se resalta que una investigación que aborde las dificultades encontradas, desde la implantación de este modelo administrativa innovador, está siendo elaborada con la finalidad de comprender mejor el proceso como un todo, buscando contribuir para una mejoría de la organización del trabajo y de la producción del cuidado por el equipo multidisciplinar, incluidas ahí la enfermería por su esencial presencia en la vida del hospital y por ser un gran integrador y dar posibilidades de viabilizar la atención a la salud.

## Referencias

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

Finalidade do trabalho em urgências e emergências. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(4):535-40.

18. Cecilio LCO. A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo. [Tese Livre Docência]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2007. 270 p.

19. Bueno AA, Bernardes A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. Texto contexto - Enferm. 2010; 19(1):45-53.

20. Bernardes A. Gestão Colegiada: um desafio para a equipe multiprofissional. [Tese Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005. 194 p.

21. Bernardes A, Évora YDM, Nakao JRS. Gestão Colegiada na visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital público brasileiro. Cienc Enferm. 2008; 14(2):65-74.

22. Bernardino E, Felli VEA. Knowledge and power necessary to reconstruct nursing after management changes at a teaching hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(6):1032-7.

23. Carapineiro G. Saberes e Poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento; 1998. 300 p.

Recibido: 23.2.2010

Aceptado: 26.1.2011

### *Como citar este artículo:*

Bernardes A, Cecilio LCO, Évora YDM, Gabriel CS, Carvalho MB. Modelo de gestión colegiada y descentralizada en hospital público: la óptica del equipo de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jul.-ago. 2011 [acceso:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_];19(4):[09 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día

año

URL

mes abreviado con punto