

Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público¹

Andrea Bernardes²

Greta Cummings³

Yolanda Dora Martinez Évora⁴

Carmen Silvia Gabriel²

Objetivo: O estudo objetiva abordar as dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem durante o processo de mudança do modelo de gestão em um hospital público no Brasil. **Método:** Este estudo qualitativo utilizou a análise temática de conteúdo proposta por Bardin, sendo os dados analisados usando o referencial teórico de Bolman e Deal. **Resultados:** A implementação vertical da Gestão Participativa contradiz sua filosofia, influenciando negativamente a aceitação das mudanças por parte dos trabalhadores. A estrutura descentralizada foi implementada, porém a tomada de decisão compartilhada foi apenas parcialmente utilizada. Apesar de haver facilitação da comunicação intra-unidade, as dificuldades mais significativas surgiram da falta de comunicação inter-unidades. Valores e princípios precisam ser compartilhados por equipes, contudo, isso somente ocorrerá se os gestores reestruturarem responsabilidades descrevendo os papéis de todos os membros da equipe. **Conclusão:** Modelos de gestão inovadores que tenham como premissa a descentralização da tomada de decisão e intensificação da comunicação incentivam a motivação, a responsabilização, o aumento da satisfação do pessoal, além de contribuir para melhorar a qualidade do atendimento. A contribuição do estudo centra-se na descrição da complexidade da implementação de um modelo de gestão inovador, na análise do dissenso e, intencionalmente, no reconhecimento das dificuldades enfrentadas pelos funcionários da organização.

Descritores: Equipe de Enfermagem; Organização e Administração; Comunicação; Gestão em Saúde.

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

² PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

³ PhD, Professor, Faculty of Nursing, University of Alberta, Canadá.

⁴ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

Endereço para correspondência:

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

Framing the difficulties resulting from implementing a Participatory Management Model in a public hospital

Objective: This study aims to address difficulties reported by the nursing team during the process of changing the management model in a public hospital in Brazil. Methods: This qualitative study used thematic content analysis as proposed by Bardin, and data were analyzed using the theoretical framework of Bolman and Deal. Results: The vertical implementation of Participatory Management contradicted its underlying philosophy and thereby negatively influenced employee acceptance of the change. The decentralized structure of the Participatory Management Model was implemented but shared decision-making was only partially utilized. Despite facilitation of the communication process within the unit, more significant difficulties arose from lack of communication inter-unit. Values and principals need to be shared by teams, however, that will happens only if managers restructure accountabilities changing job descriptions of all team members. Conclusion: Innovative management models that depart from the premise of decentralized decision-making and increased communication encourage accountability, increased motivation and satisfaction, and contribute to improving the quality of care. The contribution of the study is that it describes the complexity of implementing an innovative management model, examines dissent and intentionally acknowledges the difficulties faced by employees in the organization.

Descriptors: Nursing, Team; Organization and Administration; Communication; Health Management.

Enmarcando las dificultades de la aplicación del Modelo de Gestión Participativa en un hospital público

Objetivo: El estudio tiene como objetivo tratar de las dificultades del equipo de enfermería durante el cambio del modelo de gestión en un hospital público en Brasil. Método: Este estudio cualitativo utilizó el análisis de contenido temático propuesto por Bardin; los datos fueron analizados utilizando el marco teórico de Bolman y Deal. Resultados: La aplicación vertical de la Gestión Participativa, en contradicción con su filosofía, incide negativamente en la aceptación del cambio por los empleados. La estructura descentralizada se llevó a cabo, pero la toma de decisiones compartida se utilizó sólo en parte. Aunque existe facilitación de la comunicación dentro de la unidad, dificultades surgieron de la falta de comunicación inter-unidades. Valores y principios deben ser compartidos por los equipos; esto sólo ocurre si los gerentes reestructurar las responsabilidades y describir las funciones de todos. Conclusión: Modelos innovadores de gestión que tienen como premisa la descentralización de las decisiones y una mayor comunicación fomentan la motivación, la responsabilidad, aumento de la satisfacción, y mejoran la calidad de la atención. La contribución de este estudio se centra en la complejidad de la implementación de una gestión innovadora, el análisis de disenso e intencionadamente en el reconocimiento de dificultades que enfrentan los empleados de la organización.

Descriptorios: Grupo de Enfermería; Organización y Administración; Comunicación; Gestión en Salud.

Introdução

As raízes históricas da gestão clássica da contabilidade moderna ainda estão incorporadas na teoria e prática, mesmo em hospitais⁽¹⁾. A maioria dos hospitais brasileiros ainda tem um sistema de gestão baseado no modelo funcional que enfatiza estruturas verticais e formais. No entanto, estes modelos tradicionais não mais atendem as

expectativas de gestores, trabalhadores e, especialmente pacientes, já que enfermeiros(as) trabalhando neste contexto acabam se distanciando do cuidado prestado aos pacientes. Este fato pode afetar negativamente o papel dos(as) enfermeiros(as) na prática profissional, pois os mesmos interagem diretamente com clientes para

influenciar de forma positiva os resultados de saúde dos pacientes⁽²⁾. Assim, a habilidade dos(as) enfermeiros(as) em influenciar melhores resultados de saúde também é afetado pelo modelo de gestão adotado pela instituição.

O mundo, no qual gestores públicos atuam, está mudando rapidamente, indicando uma mudança no sentido de descentralização dos níveis organizacionais, enquanto promove flexibilidade e autonomia gerencial⁽³⁾. Os Modelos de Gestão Participativa tratam da descentralização de estruturas organizacionais de tomada de decisão em unidades autônomas, que refletem, a princípio, o todo organizacional⁽⁴⁾. Estes modelos são baseados em equipes multidisciplinares, menores níveis de papéis hierárquicos, responsabilidade compartilhada e dinâmica de poder equilibrada, desenvolvidos em processos de tomada de decisão.

Os processos de democratização são baseados nos princípios de cogestão (espaços de debate e negociação entre os diferentes atores) e gestão colegiada, de modo que todos os trabalhadores participam da tomada de decisão que afeta o seu trabalho ou serviço. Todos esses trabalhadores se encontram periodicamente para repensar o ambiente de trabalho e sugerir direções para a organização. Assembleias ou conselhos de trabalhadores realizados no local de trabalho, onde os mesmos exercitam formas de liderança compartilhada⁽⁵⁾, é um exemplo de gerência democrática esperada nos dias de hoje.

Similar ao conceito do Modelo de Gestão Participativa, a governança compartilhada e hospitais imã beneficiam tanto pacientes, como enfermeiros(as) e instituições de saúde. Os(as) enfermeiros(as) que são líderes visionários e estão a frente da prestação do cuidado são capazes de tomar decisões para alcançar participação coletiva na prestação de cuidado de qualidade aos pacientes, propiciando uma gestão mais participativa⁽⁶⁻⁷⁾.

De qualquer forma, o objetivo da mudança organizacional é implementar qualquer transformação usando conhecimento e ideias que funcionam na prática. Por esta razão, o referencial teórico-conceitual de Bolman e Deal⁽⁸⁾ foi usado neste estudo. Estes autores classificaram os insights, tanto de pesquisa como da prática, sobre como as organizações funcionam em quatro quadros principais: Estrutural, Recursos Humanos, Político, e Simbólico. Os conceitos centrais do quadro Estrutural se referem a regras, papéis, metas, políticas, tecnologia e ambiente. As premissas desta contextualização refletem uma crença na racionalidade, que implica que um conjunto de papéis formais e responsabilidades apropriadas minimizarão a distração das pessoas e maximizarão seu desempenho no trabalho. O quadro Recursos Humanos se refere às necessidades, habilidades e relacionamentos

entre os empregados e a organização. Outra premissa deste quadro é que as organizações existem para servir as necessidades das pessoas e ainda, que pessoas e organizações precisam umas das outras. O quadro Político envolve o uso do poder, conflito, competição e políticas organizacionais, e seu impacto na eficácia organizacional. O quadro Simbólico se refere à cultura, significado, metáfora, ritual, cerimônia, histórias e heróis. A premissa deste quadro é que o significado é mais importante que os eventos reais.

Este estudo tem o objetivo de responder quais são as principais dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na implementação de um modelo de gestão inovador e participativo. Embora a necessidade de mudar o modelo de gestão de centralizador para participativo e descentralizado seja reconhecida no Brasil, superar barreiras na sua implementação não é uma tarefa fácil⁽⁹⁻¹⁰⁾, especialmente quando a organização investiu em comunicação verticalizada e centralização de poder e tomada de decisão. Desta forma, este estudo aborda as dificuldades relatadas por enfermeiros(as) durante o processo de mudança do modelo de gestão num hospital público brasileiro.

Métodos

Trata-se de estudo de caso histórico-organizacional que focou nos resultados do trabalho a partir da implementação de um novo modelo de gestão numa instituição de saúde. Portanto, o pesquisador deve ter conhecimento sobre a organização estudada⁽¹¹⁾. A abordagem qualitativa foi usada porque propicia um entendimento mais profundo de um dado fenômeno.

Este estudo foi conduzido em um hospital público localizado no nordeste do estado de São Paulo, Brasil. Os programas assistenciais dessa instituição terciária são considerados modelos de excelência para pacientes em situações de urgência e emergência. A partir de 1999, esta instituição passou a apostar na descentralização da estrutura administrativa, mediante a aplicação da gestão compartilhada, centrada no planejamento colegiado com representação multiprofissional⁽¹²⁾.

As principais razões para mudança incluem o fato de que o hospital tinha espaços limitados e mal gerenciados, além de precisar de um cuidado à saúde orientado às necessidades da população. Desta forma, as mudanças começaram a ser implementadas a partir da segmentação do hospital em 13 unidades funcionais gerenciadas por um Coordenador, designado pelo superintendente da instituição, a Equipe de Planejamento e de Responsabilização Técnica, a Equipe de Responsabilização

Operacional, o Conselho de Gestores das Unidades Funcionais, incluindo os Gestores e a Equipe Gestora e o Grupo de Apoio Operacional. Os Gestores e Vice-Gestores de unidade precisam ter nível universitário, estar exercendo uma função de alto nível e serem eleitos por maioria simples pelos membros da Equipe de Gestão.

Os dados foram coletados em 2009 através de entrevistas com 39 trabalhadores da equipe de enfermagem do Departamento de Emergência e da Unidade de Terapia Intensiva que consentiram em participar do estudo. Apenas um profissional se recusou a participar. A entrevista incluiu questões que abordavam as mudanças identificadas na gestão de enfermagem após a mudança no modelo de gestão, assim como as mudanças identificadas no processo decisório, comunicação e poder e como estas mudanças interferiram no trabalho diário. A entrevista também abordou as dificuldades encontradas durante e após o processo de implementação.

Os seguintes critérios de inclusão foram estabelecidos: estar trabalhando no hospital durante o período de coleta de dados e ter sido contratado em 1999, ou antes deste período. A amostra consistiu em 11 enfermeiros (E), 27 técnicos de enfermagem (TE) e uma Assistente Técnica de Saúde (ATS). Entrevistas semiestruturadas foram gravadas com E, TE e ATS com consentimento dos mesmos, garantindo confidencialidade. O roteiro de entrevista foi submetido à validação aparente e de conteúdo, envolvendo quatro juízes da área de Gerenciamento em Enfermagem.

Dentre as várias técnicas propostas para a análise dos dados, optou-se pela utilização da análise temática de conteúdo descrita por Bardin. As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se cronologicamente em: 1- pré análise, 2- exploração do material e 3- tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽¹³⁾. O referencial teórico⁽⁶⁾ apresenta quatro interpretações de processos organizacionais usados na análise de dados, focada portanto, no modelo de quatro quadros organizacionais: Estrutural, Recursos Humanos, Político e Simbólico. Primeiro, foram categorizados e apresentados os dados da entrevista qualitativa, e depois discutidos os resultados usando os quatro quadros organizacionais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição (Processo nº 3068/2008), a fim de que fossem cumpridas as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes confirmaram o interesse e disponibilidade em participar através de assinatura em termo de consentimento após serem completamente informados sobre o estudo.

Resultados

Dois temas principais emergiram da análise de conteúdo: dificuldades observadas durante o processo de implementação (Dificuldade que surgiram no processo de implementação) e o retorno à gestão centralizada (Retornando ao Modelo de Gestão Tradicional).

Dificuldades que surgiram no processo de implementação

Implementação autocrática e falta de engajamento da equipe

De acordo com os atores institucionais entrevistados, existem vantagens nesta forma de gerenciar o trabalho no dia-a-dia em comparação com o modelo anterior. Uma maior visibilidade do hospital é enfatizada, pois facilita a visualização da interdependência entre as diferentes unidades de produção. Contudo, quando o novo processo foi implementado, várias dificuldades surgiram e tiveram de ser superadas para que os resultados desejados fossem alcançados. Um dos aspectos mais importantes salientados na fala dos participantes foi a "estratégia" usada pelo coordenador para implementar o modelo de Gestão Participativa. O estilo de implementação vertical (de cima para baixo) e a falta de informação com relação às mudanças foram enfatizadas pelos participantes, pois estes não sabiam quais eram as responsabilidades de cada membro dentro do grupo:

Aconteceu foi um caos, porque os profissionais ficaram perdidos, sem entender o que estava acontecendo ou sem saber a quem se dirigir pra resolução de problemas e houve uma confusão muito grande do papel do gestor que não ficou bem definido. (E3)

Fica claro que surgiram desafios quando a equipe não estava preparada para as possíveis implicações da implementação do modelo de Gestão Participativa, o que incluiu a liderança da equipe multidisciplinar. Conflitos surgiram quando os indivíduos não foram informados de forma apropriada sobre as responsabilidades de cada membro da equipe de gestão da unidade funcional.

Centralização do Poder e da Tomada de Decisão

O comando e linhas de decisão verticais foram atenuados na situação mencionada anteriormente. Realizar mudanças no Modelo de Gestão Participativa definitivamente significa mudar todo um sistema de relacionamentos e compromissos. Um exemplo é a participação mais intensa em discussões, que é enfatizada pelo Modelo de Gestão Participativa. Alguns funcionários relataram que os problemas foram resolvidos mais rapidamente depois da implementação do modelo

de gestão descentralizada. No entanto, este processo aconteceu de forma gradual e por tempo limitado. Algumas dificuldades vistas em unidades funcionais, desde que houve a descentralização do poder, como por exemplo, a falta de informação dos trabalhadores com relação ao modelo de gestão proposto, prejudicou o processo de decisão. Outro desafio encontrado se refere a uma nova centralização do poder e do processo decisório nas unidades funcionais:

Mais quem decide é uma categoria. Mais os enfermeiros que decidem. (TE5)

Os princípios da gestão participativa não foram seguidos em todas as unidades, especialmente em termos de descentralização de poder e processo decisório. Estes processos foram percebidos como ainda centralizados nos grupos de médicos(as) e enfermeiros(as). Outro achado importante se refere à participação de profissionais de nível médio—técnicos de enfermagem—nos fóruns de discussão. O Modelo de Gestão Participativa implica no envolvimento de todo o coletivo de trabalhadores na resolução de problemas e desenvolvimento de propostas para melhorar os serviços. Neste caso, os TE se sentiram desvalorizados, já que se perceberam incluídos apenas para evitar que as reuniões fossem canceladas. Os TE, trabalhadores minoritários nos grupos de gestão, relataram que os grupos raramente chegavam a um consenso e que a votação nas reuniões acabava apoiando os interesses dos profissionais de nível superior.

"[...] Coisas importantes, nós profissionais do baixo escalão e do médio escalão pra baixo, pouco importa nossa opinião. Muitas vezes requer a nossa opinião apenas pra fazer números, protocolos. (AE16)

O envolvimento limitado dos técnicos de enfermagem na resolução dos problemas, na proposta de ideias e uso do potencial criativo era evidente. Estes trabalhadores, talvez por conta da desilusão que experimentaram durante as reuniões, perderam o interesse em serem representados no grupo. Vários participantes do estudo relataram não terem sido informados das decisões pelos representantes e que o poder de sua categoria havia sido expropriado.

Comunicação de cima para baixo e desorganização no trabalho diário

Os participantes relataram que a comunicação fluía mais facilmente durante a implementação deste estilo de gestão. Apesar desta comunicação facilitada, dificuldades ainda mais significativas surgiram dada a falta de processos de comunicação interunidades. Algumas unidades apresentaram dificuldades na comunicação intensificada em todos os níveis durante a implementação,

especialmente aquelas onde os gestores eram mais centralizadores:

[...] dependendo do gestor de cada unidade funcional, funcionou de uma maneira, se o gestor era uma pessoa comunicativa, que se importava que a equipe toda soubesse o que [sic] tava acontecendo, dos fatos, das decisões, a equipe ficava toda informada... (ATS)

Exercer esforços para desenvolver estratégias com vistas a encorajar a comunicação intra e interunidades, bem como promover maior interação entre os profissionais durante a solução de problemas é uma característica importante desta implementação.

Dificuldade na eleição dos gestores

No começo do processo de implementação, o coordenador propôs que uma eleição fosse realizada para escolher os gestores. No entanto, não foi o que aconteceu quando chegou a hora para escolher esta equipe:

Foi feita eleição só da primeira vez, na segunda não. O segundo foi colocado. (TE10)

Os participantes relataram que a eleição inicial foi realizada para escolher os gestores, mas os membros do grupo não tiveram chance de votar na segunda vez, após o gestor deixar a posição. Para grupos gestores funcionarem de forma ótima, cada um elege o gestor que coordenará e apoiará a equipe. A posição deste gestor é estratégica e envolve o monitoramento de planos para implementação na unidade funcional. Entretanto, as equipes precisam ser capazes de estabelecer estreitas relações de trabalho, de confiança e empatia com os gestores, sendo estas relações fortalecidas quando os gestores são escolhidos através de eleição.

Em muitos casos, os grupos não se mobilizaram para apontar os candidatos potenciais para uma futura eleição e nem mesmo manifestaram interesse pessoal. Este fato pode estar relacionado a vários fatores como, por exemplo, a não aderência dos grupos às premissas do modelo, falta de engajamento e de conhecimento, características pessoais (autoritarismo, autocracia) e/ou falta de incentivo, incluindo compensação financeira e dispensa de parte da carga de trabalho para exercer atividades de gerenciamento.

Retorno ao Modelo de Gestão Tradicional

A implementação do Modelo de Gestão Participativa resultou em muitos avanços, e para atingir as melhorias descritas anteriormente, muitas dificuldades foram enfrentadas. No entanto, a saída do coordenador em fevereiro de 2003 foi um fato crucial, pois sinalizou o retorno ao modelo anterior. Sem sua presença constante, um rearranjo interno propiciou o retorno ao Modelo de

Gestão Tradicional, apesar da adoção formal do Modelo de Gestão Participativa.

Olha, enquanto [sic] estava eu ainda achei que ainda estava mais ou menos, não que estava aquilo que realmente a gente esperava, vamos dizer assim, estava meio termo, depois que [sic] saiu bagunçou de vez. (TE1)

O estabelecimento de novas diretrizes gerenciais e processos organizacionais resultaram no alcance de soluções em nível local de uma forma mais eficiente e contextualizada. Parece que esta era a situação no hospital durante o período de liderança do primeiro coordenador. Depois de sua saída, as reuniões multidisciplinares foram quase que totalmente extintas e os funcionários eram informados das decisões somente após as mesmas terem sido tomadas. Portanto, enquanto o coordenador liderava o projeto, as premissas da Gestão Participativa foram implementadas.

O coordenador comprou briga com muita gente por causa desse sistema, dessa maneira [sic] visualizar o sistema de saúde, de tentar colocar, implantar... (TE12)

Uma implementação bem sucedida implica que a maioria dos envolvidos apoie e se comprometa com o modelo, já que comprometimento leva à responsabilidade compartilhada. A implementação só é efetiva se o modelo é integrado na prática diária e cria raízes através das ações concretas de vários atores sociais.

Quando o coordenador saiu dificultou, porque [sic] era o único, disse aqui, que batia de frente, e segurava (o modelo). O restante tocou o serviço até a hora que todo mundo deixou a peteca cair, e aí é lógico, o sistema tradicional volta. (TE12)

A persistência do coordenador foi apropriada já que a transição para um novo modelo de gestão requer tempo para que os profissionais entendam e aceitem transformações no estilo de gestão. Contudo, concomitantemente a este processo, a saída do coordenador dificultou consideravelmente a manutenção do Modelo de Gestão Participativa que estava ainda em processo de construção.

A centralização da tomada de decisão e poder

A saída do coordenador culminou com o retorno gradual para o Modelo de Gestão Tradicional que trouxe consigo a centralização do poder e do processo decisório:

Pior do que era antes, porque subiu na cabeça das pessoas o poder novamente, só que assim, subiu um pouquinho pior do que era antes... Eu fico muito magoada, às vezes saio muito chateada, as pessoas não chegam pra você e conversam como é... (E1)

Apesar desta instituição ser considerada flexível, com uma estrutura horizontal, predomina um estilo de gestão vertical, hierárquico, o que também desconstruiu a lógica da Gestão Participativa em termos de poder e processo

decisório. Este fato ficou evidente quando diferentes membros da equipe de enfermagem revelaram que ainda tinham que se reportar a uma enfermeira:

Temos uma enfermeira chefe, uma enfermeira chefe de plantão, né? E temos uma encarregada, encarregada de plantão, gerente operacional e a outra eu não lembro agora qual que é, mas são três níveis de... Como era antes. (E5)

Ficou evidente que a equipe de enfermagem, e outros profissionais, começaram a se isolar novamente e fazer o seu trabalho independentemente dos outros. Esta foi uma grande preocupação, especialmente porque interação e trabalho entre profissionais era esperado neste modelo.

Comunicação alienadora

Os ideais da equipe descentralizada foram minados quando o coordenador saiu e os trabalhadores adotaram segregação, o que implicou numa comunicação alienadora, difícil, anteriormente enraizada no modelo de Gestão Tradicional.

[...]Depois que o coordenador saiu, a tendência do modelo foi querer voltar para os modos tradicionais, porque as pessoas que compunham a diretoria, naquele tempo, ainda eram pessoas que tinham uma formação e uma visão do modelo tradicional. ... Agora que houve uma promessa. O novo coordenador está pedindo pra quem é gestor das unidades começar a fazer reuniões, pra estar deixando tudo certo, mas eu não sei o que vai vingar. A porta que a gente tinha de acesso à diretoria não tinha tranca. Você chegava, batia muito respeitosamente e já era atendido, por quem estivesse ali. Hoje ela tem uma tranca, é o modelo tradicional, isso impõe barreira [...] (TE12)

O Modelo de Gestão descentralizada foi uma mudança bem-vinda, onde os empregados eram ouvidos e discutiam questões de forma conjunta. Entretanto, o retorno ao Modelo Tradicional limitou o acesso dos empregados aos gestores, devendo estes seguir a hierarquia estabelecida.

Discussão

O entendimento do papel do trabalho da enfermagem no Modelo de Gestão Tradicional é relevante para a implementação do modelo participativo porque é um desafio quebrar as linhas verticais de comando numa organização hospitalar tradicional, assim como as lutas e rivalidades existentes entre as profissões⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Um estudo conduzido na Malásia mostrou que as abordagens da Gestão Participativa eram vitais para alcançar as metas, propósitos e objetivos organizacionais. Responsabilização foi uma das principais preocupações no processo de gestão e era um aspecto que muitas vezes faltava nas abordagens participativas resultando, na prática diária, na sua substituição por um "modelo burocrático"⁽¹⁷⁾.

Neste contexto, para melhor entender as dificuldades identificadas na implementação deste modelo de gestão, os quatro quadros teóricos⁽⁸⁾ são discutidos a seguir.

Quadro Estrutural

O Modelo de Gestão Participativa apresentou algumas vantagens que contribuíram para avanços no hospital— maior visibilidade interna e externa e melhoria na prestação de cuidados à saúde. Estes avanços refletem o Quadro Estrutural com seu foco nas mudanças ambientais⁽⁸⁾. No entanto, mudar as estruturas institucionais funciona bem quando as metas são claras e quando as relações de causa e efeito são bem entendidas. Muitas dificuldades surgiram quando as mudanças foram estabelecidas, especialmente depois da saída do coordenador e idealizador da proposta.

No Quadro Estrutural, colocar as pessoas nos papéis certos representa uma expectativa significativa. Quando sobreposto pelo Quadro Político, com ênfase na necessidade de construir e manter fortes relações para o processo decisório⁽⁸⁾, um dos maiores desafios foi a “estratégia vertical”, usada pelo coordenador responsável para implementar a Gestão Participativa. Embora houvesse uma necessidade clara de mudança na instituição⁽¹²⁾, discussões internas não foram promovidas em grande escala para preparar para a reforma administrativa. Contudo, há que se considerar que, sempre que a estrutura de uma organização muda significativamente, os funcionários sofrem perdas por que as antigas formas de fazer as coisas já não existem mais e novas formas ainda não foram confirmadas, gerando um processo de transição confuso⁽¹⁸⁾. A resposta da liderança para esta condição é reconhecer as perdas e a sensação de caos que surge e trabalhar através das mudanças até que novas estruturas e processos se tornem conhecidos.

As demandas do século 21 com relação aos ambientes de prestação de cuidados à saúde são resistentes às soluções de problemas através da Gestão Tradicional. Portanto, os serviços de saúde precisam de especialistas em habilidades decisórias e processos, guiados por pensamento inovador e estratégias efetivas de comunicação⁽¹⁵⁾. A estrutura modular com várias unidades de trabalho articuladas é baseada na facilitação de comunicação das equipes. No entanto, interdependência entre unidades funcionais só pode ser alcançada através de um amplo sistema de comunicação intensa⁽⁴⁾.

As premissas do Modelo de Gestão Participativa não foram atendidas totalmente e a aderência dos profissionais foi prejudicada. Perda de direção, estabilidade, confusão e caos foram barreiras ao sucesso, além de que nem todos os trabalhadores estavam dispostos a mudar. As pessoas que se recusam a aceitar mudanças organizacionais,

especialmente funcionários mais antigos, por vezes constroem suas próprias prisões psíquicas e acabam se fechando⁽⁸⁾.

Quadro de Recursos Humanos

A presença de técnicos de enfermagem como uma minoria nos grupos gestores foi outro desafio apresentado, pois estes trabalhadores raramente conseguiam participar das discussões. Para melhorar a qualidade das relações de trabalho, a gerência hospitalar deve enfatizar estratégias em nível organizacional como o apoio à participação dos funcionários nas atividades de trabalho do grupo e processo decisório, comunicação interpessoal formal e informal, e atividades integradas para estabelecer confiança e relações entre os membros do grupo de trabalho. Quando o contrato entre a organização e os funcionários funciona bem, as necessidades de ambos são atendidas: a organização tem uma força de trabalho satisfeita que presta cuidado de excelência, e os trabalhadores têm um trabalho significativo e estão satisfeitos com sua compensação⁽⁸⁾. Entretanto, quando a centralização e procedimentos de controle para gerenciar as questões dos trabalhadores não os reconhecem como essenciais para atingir as metas organizacionais, os esforços se fragmentam, o desempenho sofre, e o cuidado é afetado de forma negativa.

Quadro Político

A maioria dos grupos funcionou até a saída do coordenador. Após sua saída, muitos dos grupos se tornaram disfuncionais e, embora formalmente o modelo fosse descentralizado, na prática, o processo decisório novamente seguia os princípios tradicionais de hierarquia e centralização.

Os participantes também relataram que a primeira eleição foi realizada para escolher os gestores, mas esta oportunidade de escolha não se repetiu. No Quadro Político, a escolha apropriada de gestores hábeis pode ser vista como um recurso escasso e, portanto, a falta de repetição desta eleição representou um conflito político significativo⁽⁸⁾. A criação de arenas por líderes, onde as questões podem ser negociadas e novas coalizões são formadas é primordial. No entanto, para isso acontecer, os trabalhadores da saúde devem ter confiança no seu líder e, portanto participar na seleção de um candidato para um determinado papel de liderança.

Quadro Simbólico

O retorno do Modelo de Gestão Tradicional sugere que as mudanças não foram profundas, ou seja, as

mudanças foram em grande parte simbólicas e não mudaram o significado do trabalho para todos os indivíduos e, portanto, não foram sustentadas⁽⁸⁾. A desconsideração dos representantes das diferentes categorias como mediadores também reflete mudanças, que eram mais simbólicas do que profundas, no âmago do trabalho dos indivíduos. O significado do trabalho não mudou verdadeiramente para a equipe porque era ainda muito centralizado dentro dos grupos de médicos(as) e enfermeiros(as).

Os líderes das categorias inspiram as pessoas e têm uma influência positiva na cultura organizacional através de seu comportamento e práticas de liderança⁽¹⁹⁾, especialmente neste modelo. Estes líderes tentam engajar os funcionários, contextualizando significados fornecendo interpretações plausíveis das experiências. Eles descobrem e comunicam uma visão. Neste caso, a resposta da liderança foi colocar grupos da equipe juntos para rever metas para a mudança e o que elas realmente significavam na maneira da equipe trabalhar, delegar e a operacionalizar tal mudança. Os líderes também precisam chamar aqueles que aparentam mudar, mas na verdade não têm intenção real de mudar. Embora necessária, esse tipo de responsabilização é normalmente ausente nestes contextos.

Implicações para organizações em curso de mudança

A comunicação é um dos processos que mais afetam o sucesso da implementação deste modelo e pode ser vista através dos quatro quadros⁽⁸⁾. A comunicação é usada para a) transmitir fatos e informação com o Quadro Estrutural; b) expressar troca de informação, necessidades e sentimentos dentro do Quadro de Recursos Humanos; c) focar na influência, poder, ou manipulação e gerenciamento de conflito, para construir alianças e neutralizar a oposição dentro do Quadro Político, e; d) permitir que as pessoas contem histórias e falem sobre sentimentos e desejos dentro do Quadro Simbólico. Quando a comunicação transmite fatos e informação, ela é relacionada ao Quadro de Recursos Humanos e, quando ela expressa troca de informação, necessidades e desejos, ela é associada ao Quadro Político porque se concentra em influenciar ou manipular os outros, assim como construir alianças e usar habilidade para neutralizar oposição. A comunicação também está relacionada ao Quadro Simbólico quando as pessoas contam histórias e falam a respeito de seus sentimentos e desejos.

Dez anos depois, as características inerentes aos modelos de Gestão Tradicional são atualmente observadas neste hospital. Estas incluem tomadas de decisão e

poder centralizados e dificuldades de estabelecer um processo de comunicação eficiente, enquanto que as características ideais consistentes com a Gestão Participativa incluem colaboração interdependente entre as unidades, comunicação aberta e processo decisório compartilhado⁽²⁰⁻²¹⁾. Nota-se que houve compartilhamento gradual de poder e maior autonomia no processo decisório até a saída do coordenador que fez a implementação da gestão.

Uma vez que a organização anuncia uma mudança e começa a trilhar o caminho da implementação, é importante seguir com ações e superar adversidades. Quando as coisas não melhoram, a equipe pode ficar menos comprometida do que antes causando grande prejuízo para todos⁽¹⁶⁾.

A manutenção de tal implementação pode exigir um defensor para enfrentar grupos poderosos de forma a sinalizar que o comportamento dos mesmos não é mais aceitável, se mantêm o poder e o processo decisório para si mesmos. O trabalho em equipe e também o paciente são influenciados pelo líder, seja este(a) médico(a) ou enfermeiro(a). Portanto, enfermeiros(as) e médicos(as) deveriam colaborar uns com os outros e se beneficiarem de capacitações para resolução de conflito, métodos eficazes para fazer valer a opinião de alguém, habilidades de escuta e a realização de rodadas de colaboração, o que significa compartilhar comunicação e decisão, e cooperação na base do poder e autoridade compartilhada⁽²²⁻²³⁾.

Limitações e Pontos Fortes

Este estudo complementa o único estudo publicado neste periódico nos últimos dois anos relacionado ao Modelo de Gestão Descentralizada que foca principalmente nos avanços da implementação⁽¹⁰⁾. A contribuição deste novo estudo é que ele descreve a complexidade do processo de implementar um modelo de gestão inovador em um hospital brasileiro, examina dissidência e dá voz a diferentes crenças, e intencionalmente reconhece as dificuldades enfrentadas pelos funcionários da organização.

Uma das limitações deste estudo é que as entrevistas foram conduzidas apenas com a equipe de enfermagem de duas unidades em apenas um hospital. É importante expandir a população de estudo, envolver outros hospitais e a equipe interdisciplinar para ver as diferenças e similaridades em termos de percepção em relação ao modelo de gestão adotado. Outra limitação se refere ao fato de que os processos de mudança foram iniciados dez anos antes da coleta de dados, o que implica na possibilidade de viés, já que nem todos se lembram do processo todo.

Conclusão

A implementação do Modelo de Gestão Participativa propiciou melhorias internas no hospital estudado com repercussões positivas para a prestação de cuidados à saúde, principalmente nos primeiros anos da mudança. A percepção da equipe de enfermagem com relação a este processo é que a comunicação e decisões melhoraram logo após a implementação.

No entanto, a implementação deste modelo pode ser prejudicada quando a equipe não está comprometida em operacionalizar suas premissas filosóficas subjacentes—estruturas descentralizadas, participação em equipe, responsabilização e comunicação com os grupos de trabalhadores, participação de todos os membros da equipe no processo decisório e melhoria da qualidade, além de maior motivação dos funcionários para alcançar um melhor desempenho. Os profissionais não sabiam o que esperar na nova estrutura ou quais seriam as responsabilidades do gestor do grupo. Este achado importante está correlacionado ao estilo de implementação vertical, que em última instância, prejudicou o sucesso da iniciativa. Desta forma, enquanto formalmente o modelo adotado foi a Gestão Participativa, o modelo que de fato prevaleceu foi de Gestão Tradicional.

É importante salientar que não é suficiente simplesmente reestruturar a organização sem considerar a combinação dos quatro quadros teóricos para se ter mais sucesso. A maneira como as pessoas trabalham em grupo (ou não), não mudará se os líderes e gestores simplesmente reestruturarem a responsabilização sem mudar os papéis e as descrições da função de todos os membros da equipe em discussão conjunta. A alta gerência precisa liderar através de exemplo e confiar na sua equipe para escolher seu gestor de forma apropriada. Os valores e princípios precisam ser decididos como um grupo e então as equipes precisam identificar como colocarão em prática um determinado valor no local de trabalho.

Se o modelo de Gestão Participativa for revitalizado no futuro, recomenda-se que o mesmo seja implementado levando em consideração a importância da participação e responsabilidade compartilhada de todos aqueles que compõem a equipe do hospital para se obter sucesso.

Referências

1. Parker L, Ritson P. Accounting's Latent Classicism: Revisiting Classical Management Origins. *Abacus*. 2011;4(2):234-65.

2. Rocha ESB, Trevizan MA. Quality management at a hospital's nursing service. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(2):240-5.
3. Casanovas GL, McDaid M, Costa Font J. Decentralization and management autonomy? Evidence from the Catalan hospital sector in a Decentralized Spain. *Int Public Manage Rev*. 2009;10(2):103-19.
4. Motta PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record; 2002. 236 p.
5. Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: HUCITEC; 2000. 236 p.
6. McDowell J, Williams R, Kautz D, Madden P, Heilig A, Thompson A. Shared governance: 10 years later. *J Nurs Manage*. 2010;41(7):32-7.
7. Kramer M, Maguire P, Brewer BB. Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *J Nurs Manage*. 2011;19(1):5-17.
8. Bolman LG, Deal TE. *Reframing organizations: artistry, choice, and leadership*. 4th ed. United States of America: Jossey-Bass; 2008. 528 p.
9. Haugaard M. Democracy, Political Power, and Authority. *Soc Res: Int Q*. 2011;77(4):1049-74.
10. Bernardes A, Cecílio LCO, Évora YDM, Gabriel CS, Carvalho MB. Collective and decentralized management model in public hospitals: perspective of the nursing team. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):1003-10.
11. Fachin O. *Fundamentos de metodologia*. São Paulo: Saraiva; 2006. 210 p.
12. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Evaluation of the model of organization of the emergency unit of the university hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, based on the adoption of the national policy of emergency care and humanization as a reference. *Medicina*. 2003;36:498-515.
13. Bardin L. *Content Analysis*. Lisboa: Persona; 2007. 223p.
14. Bernardes A, Cecílio LCO, Nakao JRS, Évora YDM. Obstacles found in the construction of a democratic and participatory hospital management model. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):861-70.
15. 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.
16. Kirkpatrick I, Dent M, Jespersen PK. The contested terrain of hospital management: Professional projects and healthcare reforms in Denmark. *Current Sociol*. 2011;4(59):489-506.

17. Hashim F, Alam GM, Siraj S. Information and communication technology for participatory based decision-making-E-management for administrative efficiency in Higher Education. *Int J Phys Sci.* 2010;5(4):383-92.
18. Bridges W. *Managing Transitions: Making the most of change.* 2 ed. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 2003. 130 p.
19. Wong CA, Laschinger H, Cummings GG, Vincent L, O'Connor P. Decisional involvement of senior nurse leaders in Canadian acute care hospitals. *J Nurs Manage.* 2010;18(2):122-33.
20. Spiers JA, Cummings GG, Langenhoff P, Sharlow J, Bhatti A. But we can't go back. *J Leadership Studies.* 2010;4(1):6-19.
21. Xyrichis A, Ream E. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2008;61(2):232-41.
22. Thomas EJ, Sexton B, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 2003;31(3):956-9.
23. Dougherty MB, Larson E. A Review of Instruments Measuring Nurse-Physician Collaboration. *JONA.* 2005;35(5):244-53.

Recebido: 9.8.2012

Aceito: 6.11.2012

Como citar este artigo:

Bernardes A, Cummings G, Évora YDM, Gabriel CS. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dez. 2012* [acesso em: / /];20(6):[10 telas]. Disponível em: _____

dia ano
mês abreviado com ponto

URL