



A gerência de Enfermagem como unidade de apoio às unidades de negócio: relato de experiência

The nursing management and support unit business units: experience report

Isabel Miranda Bonfim¹, Jarbas Jose Salto Junior², Eliane Muta Yoshioka³

Palavras-chave

Administração hospitalar
Administração de serviços de saúde
Gestão da qualidade total
Gestão de recursos
Descentralização
Gestão em saúde

Keywords

Hospital administration
Health services administration
Total quality management
Decentralization
Health management

RESUMO

Introdução: A gestão descentralizada permite que a tomada de decisão seja mais rápida, satisfazendo o trabalho do gestor, colaborador e cliente. **Objetivo:** Relatar a experiência da implantação do modelo de gestão compartilhada e descentralizada. **Métodos:** Relato de experiência sobre o gerenciamento de Enfermagem compartilhada e descentralizada. **Resultados:** Áreas como Centro Cirúrgico (CC), unidade de terapia intensiva (UTI), ambulatorios e foram denominadas unidades de negócio (UN) e passaram a ser geridas por gerente técnico operacional e líderes de Enfermagem (LEs) que passaram a ter maior autonomia, tornando-se responsáveis por orçamentos, receitas/despesas, recursos humanos e materiais. Os LEs passaram a responder para a gerência de Enfermagem (GE) em relação à qualidade da assistência de Enfermagem e diretamente ao gerente técnico operacional sobre a UN como um todo. **Conclusão:** Cada gerente da UN responsável permitiu que a GE tivesse uma visão de interdependência tornando-se uma unidade de apoio garantindo a qualidade da assistência, tornando a equipe coesa em sua assistência.

ABSTRACT

Introduction: Decentralized management allows decision making is faster, satisfying work of manager, employee and customer. **Objective:** To report the experience of implementing the shared management model and decentralized. **Methods:** Experience report on the management of shared, decentralized nursing. **Results:** Areas such as the operating room, ICU outpatient, were named "Business Units" (BU) and now managed by the Technical Manager and Operational Leaders in Nursing (LE) that have gained greater autonomy, becoming responsible for budgets, income/expenses, human and material resources. The LE came to account for the Management of Nursing (MN) in relation to the quality of nursing care and directly to the Technical Operations Manager on the BU as a whole. **Conclusion:** Each manager responsible BU allowed MN had a vision of interdependence becoming a Unit Support ensuring the quality of care, making a cohesive team for their assistance.

Recebido em:
21/02/2014

Aprovado em:
10/10/2014

Conflito de interesses:
nada a declarar

Fonte de financiamento:
nenhuma

1. Gerente de Enfermagem do A. C. Camargo – Matriz; Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

2. Superintendente de Operações do A. C. Camargo Cancer Center; Especialista em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde pelo Curso de Especialização em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde da Fundação Getúlio Vargas (CEAHS- FGV) – São Paulo (SP), Brasil.

3. Pesquisadora do Departamento de Enfermagem do A. C. Camargo Cancer Center; Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Eliane Yoshioka – Rua Prof Antonio Prudente, 211 – CEP: 01509-900 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: eliane.yoshioka@accamargo.org.br

INTRODUÇÃO

Atualmente, muitas empresas precisam criar e fazer um diferencial para se manter no mercado em decorrência da forte concorrência dos mesmos produtos. Devido à facilidade dos meios de comunicação, os consumidores estão cada vez mais exigentes não só em relação ao custo, mas principalmente à qualidade do produto ou serviço¹. Em relação à qualidade dos serviços de saúde, o consumidor tem forçado os hospitais a adotarem modelos de gestão que atendam a esses quesitos². O modelo de gestão é o conjunto de normas e princípios que devem orientar os gestores na escolha das melhores alternativas para levar a empresa a cumprir sua missão com eficácia. É o produto do subsistema institucional, que representa as principais determinações, vontades e expectativas, seja do proprietário ou do principal gestor, isto é, como as coisas devem acontecer na empresa³.

Nos hospitais de grande porte a centralização de todos os assuntos pertinentes a essa área faz com que líderes de Enfermagem (LEs) não possam ter autonomia, além de dificultar o trabalho da gerência de Enfermagem (GE) por concentrar todos os problemas em um único profissional⁴. A garantia do controle é maior quanto maior for seu território de ação e de anulação de qualquer decisão do trabalhador sobre o trabalho⁵. A complexidade hospitalar e seu sistema de gestão formal centralizado não respondem mais às expectativas dos trabalhadores, dos administradores e do cliente⁶.

Tendo em vista esse conhecimento, a Enfermagem começa a adotar o Gerenciamento da Qualidade com o objetivo de alcançar um padrão de assistência, bem como atender às expectativas dos clientes e dos funcionários⁵. Na atualidade, o enfermeiro está sendo chamado para compartilhar tarefas voltadas ao cliente e ao dia a dia das unidades, o que exige habilidades e conhecimento clínico. Nos novos modelos de gerenciamento, os organogramas surgem com maior simplicidade, a fim de instituir propostas organizacionais mais diretas. Esse tipo de gestão trata a descentralização da organização por meio da implantação de unidades autônomas com menos hierarquia e maior poder de decisão ligada ao topo da estrutura administrativa. Nos hospitais, esse tipo de gestão implica em alguma autonomia aos líderes nas decisões de gasto e arrecadação, proporcionando-lhes responsabilidade e confiança na sua prática administrativa, a chamada Qualidade Total. Nessa forma de gerenciamento os gestores sabem que as mudanças precisam começar em si mesmos, cultivando corporações saudáveis com objetivos de sobrevivência em longo prazo¹.

OBJETIVO

Relatar a experiência da implantação do modelo de gestão compartilhada e descentralizada em unidades funcionais e identificar a percepção da equipe de Enfermagem acerca dessa implantação.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pela equipe de Enfermagem de um hospital oncológico de grande porte e alta complexidade localizado na cidade de São Paulo sobre o gerenciamento compartilhado. A instituição oferece tratamento oncológico na modalidade clínica e cirúrgica, assim como tratamento oncológico paliativo. Ainda fornece atendimento e tratamento de eventuais complicações clínicas e cirúrgicas devido à terapia anti-neoplásica. Além das unidades ambulatoriais médica e de Enfermagem Oncológica, oferece atendimentos de urgência/emergência com disposição de leito. Para os casos mais graves, seja para finalidade de recuperação cirúrgica ou tratamento clínico, também dispõe de leitos de terapia intensiva.

Inicialmente, as unidades de internação (UI), o Centro Cirúrgico (CC), a unidade de terapia intensiva (UTI), os ambulatorios, entre outros, foram denominados unidades de negócio (UN) e seriam geridas por gerente técnico operacional e LE, podendo ser coordenador ou supervisor. Esses profissionais se tornaram responsáveis pelas UN no que se refere a orçamentos, receitas/despesas, recursos humanos e materiais. Os LEs passaram a responder tecnicamente para a GE questões como a melhora da qualidade da assistência de Enfermagem, o cumprimento das legislações e o processo que envolve a responsabilidade técnica de Enfermagem e também passaram a responder diretamente ao gerente técnico operacional sobre a unidade de negócio como um todo.

Para garantir o sucesso na implantação desse modelo, foram realizadas reuniões trimestrais com a GE e o superintendente de operações com os funcionários, a fim de que todos os passos da mudança fossem apresentados, assim como reuniões mensais com todos os LEs para discussões sobre assistência de Enfermagem em geral e específica.

RESULTADOS

A instituição onde foi realizada esta mudança administrativa tem 60 anos de existência e até a poucos anos atrás o modelo administrativo manteve-se único e centrado na gerência clássica.

A partir de setembro de 2010, passou a ser trabalhada a proposta de descentralização da estrutura administrativa da Enfermagem, mediante a adoção dos princípios da gestão compartilhada. Um dos aspectos mais importantes foi a estratégia utilizada pelo superintendente operacional do hospital para a implantação do modelo de gestão compartilhada, em que direcionava as atividades de cada gerente das diversas unidades de negócio por meio de discussões em conjunto. Essa conduta facilitou a implantação e a integração positiva da GE com os demais gestores, facilitando a visão de interdependência entre as várias unidades de produção. Tornou-se um verdadeiro processo de educação dos dirigentes. Outro aspecto positivo reconhecido refere-se à autonomia das UN. É imprescindível a autonomia das diferentes unidades no que diz respeito às decisões internas, possibilitando à direção se ocupar de problemas principalmente relacionados à política institucional, à autonomia em relação à administração dos recursos financeiros e sua responsabilidade técnica. Os LEs passaram a ter mais autonomia e confiança nas atividades. As decisões política e econômica passaram a ser mais ágeis e a GE tornou-se uma unidade de apoio, garantindo a qualidade da assistência em todas as áreas, tornando a equipe coesa em sua assistência.

Foi realizada a pesquisa clima do hospital para saber como os funcionários da instituição viam esse novo processo administrativo. Essa pesquisa mostrou a aprovação dos funcionários a favor da GE em 30% e unidades de internação em 24%.

A GE passou a ser denominada unidade de apoio, trabalhando em nove áreas existentes ou mesmo criadas durante o processo de mudança, sendo elas: Educação Continuada, Gerenciamento de Risco (compartilhado a um Gerente de Risco), Residência de Enfermagem, Equipe de Transporte, Equipe de *Backup* (cobertura de licenças prolongadas), Qualidade da Informação Assistencial ao Paciente e Acompanhante, Pesquisa Voltada à Enfermagem, Time de Resposta Rápida e Protocolos Assistenciais.

DISCUSSÃO

Como todo método organizacional, qualquer tipo de gestão apresenta vantagens e desvantagens de acordo com sua classificação. A gestão centralizada tem como vantagens o fato de as decisões serem tomadas por administradores que têm uma visão global da empresa; entretanto, eles não estão próximos dos fatos e as decisões são tomadas pela diretoria administrativa. Isso deixa

os administradores da categoria inferior (subordinados) a eles frustrados, porque acabam ficando fora do processo decisório. As decisões são mais consistentes com objetivos empresariais, o que indiretamente limita a autonomia do colaborador e acaba por atrapalhar o andamento das atividades no momento em que um setor depende do outro. Já na gestão descentralizada as decisões são tomadas mais rapidamente pelos próprios executores, que são os que têm mais informação sobre a situação e acabam tendo maior envolvimento na tomada de decisões, o que cria maior motivação entre os administradores médios⁶. Ainda em relação ao modelo descentralizado, existem fatores positivos, como rapidez na finalização da tarefa, trabalho em equipe, competição em favor da empresa, clientes mais satisfeitos, poder de barganha entre os fornecedores, menor rotatividade, motivação entre os membros da equipe, resultados financeiros positivos e presença de uma liderança democrática. É executado de forma independente, com planejamento técnico e financeiro, distribuição de tarefas e metas de responsabilidade do gerente de cada negócio⁷.

Com a descentralização administrativa, a empresa é dividida em várias unidades autônomas que formarão um conjunto de pequenas organizações que devem ser interdependentes e interligados por um sistema de comunicação. Sendo o hospital uma organização social complexa, que vem se transformando e evoluindo ao longo dos tempos com o desenvolvimento do conhecimento científico e a introdução de novas tecnologias, também necessita adaptar seu modelo de gestão de acordo com esse dinamismo, para produzir novos serviços de qualidade em atenção às necessidades dos usuários⁷.

A maioria das instituições de saúde do Brasil apresenta um modelo de gestão clássica onde os subordinados devem sempre responder a um único chefe que tem autoridade absoluta sobre eles. Nesse modelo organizacional existe uma única autoridade com centralização das decisões⁸. Esse tipo de organização é do tipo vertical e sua característica a torna mais lenta, visto que não responde de imediato às necessidades do cliente e dos trabalhadores devido ao elevado número de hierarquia e departamentos, prejudicando o fluxo de informações, já que necessita percorrer vários caminhos até chegar à alta direção; por isso, nem sempre as decisões são tomadas em tempo hábil⁸. Esse tipo de gestão apresenta algumas desvantagens; como há o envolvimento de muitas pessoas nas comunicações, há mais possibilidade de erro e de distorções pessoais; a avaliação de desempenho sempre

depende de critérios estabelecidos pela hierarquia superior, tende a inibir a iniciativa, desestimulando a criatividade⁹.

Podemos citar dois exemplos de hospitais que mudaram a gestão para a descentralizada, um deles é o da Santa Casa do Pará, em 1991. A mudança organizacional trouxe como vantagens: resolução de problemas rotineiros solucionados pela equipe no seu próprio setor de trabalho, evitando, assim, que ocorressem demandas por solução de problemas à direção do hospital; aumento da produção e da produtividade; melhor desempenho dos funcionários; maior eficiência no atendimento aos clientes⁸. Outro exemplo de gestão descentralizada é o da Santa Casa de Belo Horizonte, onde, a partir de 1996, houve modificações na estrutura organizacional da instituição, constituindo as UN com autonomia nas decisões, sendo gerenciadas por enfermeiros do hospital⁹. Esse estilo de gestão estabeleceu uma nova estrutura para a Enfermagem. Houve uma diminuição dos níveis hierárquicos e maior aproximação entre as chefias e os colaboradores, na tentativa de valorizar as relações interpessoais. Também foram utilizadas estratégias como reuniões para estimular a abertura nos diálogos e obter decisões compartilhadas, que favorecem a agilidade do processo de trabalho.

Modelos de gestão descentralizada permitem negociar com outros sujeitos envolvidos na gestão, sendo uma estratégia importante para a desburocratização do processo¹⁰. As reuniões que a instituição realiza periodicamente para seus colaboradores são uma das estratégias de descentralização importantes, pois a comunicação entre líderes e liderados é de importância, facilitando a integração interdepartamental². Assim, os empregados têm sido valorizados e estão aprendendo a contribuir com seus conhecimentos para melhorar os processos de trabalho. Os clientes estão sendo ouvidos pelas empresas para se ter a certeza da utilidade e do valor dos produtos, pois se elas assim não fizerem alguém o fará e conquistará o cliente. Por sua vez, fornecedores procuram manter uma parceria duradoura atendendo às necessidades das empresas. Nesse modelo, os problemas tendem a ser solucionados com maior agilidade e adequação. Isso porque os profissionais têm maior autonomia e poder para que a resolução seja alcançada. Na medida em que as pessoas participam das propostas de solução, há tendência de se alcançar maior adequação na resolução, visto que os indivíduos vivenciam diretamente esses problemas no seu cotidiano de trabalho⁵.

Os administradores acreditam que a gestão clássica baseada na centralização do poder já se apresenta insuficiente para as demandas atuais. Assim, veem que a descentralização do processo decisório é a melhor escolha de gestão, pois possibilita maior flexibilidade às decisões dos gestores, adequando a gestão da empresa ao ambiente externo, cujas decisões precisam ser de quase imediato. As áreas devem ter liberdade para negociar seus produtos e serviços, com o objetivo de produzir resultados, aproveitando as oportunidades existentes³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção pela gestão descentralizada significou, entre outras coisas, a partilha de poder e de responsabilidades na implantação e implementação dos processos, resultando em maior eficiência do serviço, valorizando e fortalecendo o trabalho em equipe para atingir os objetivos em comum.

Os gestores das UN passaram a contar com a GE como unidade de apoio, o que facilitou o processo de trabalho entre eles e contribuiu para um melhor alinhamento entre as lideranças de Enfermagem em seus processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Antunes AV, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(1):35-44.
2. Brito MJM, Melo MCOL, Monteiro PRR, Costa JO. Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente. *RAE*. 2004;34-47.
3. Crozatti J. Modelo de Gestão e Cultura Organizacional – Conceitos e Interações. *Caderno de Estudos*, São Paulo. FIECAFI. 1998;10(18):1-20.
4. Gremaud AP. Descentralização na América Latina: Benefícios, armadilhas, requisitos. Disponível em: <www.esaf.fazenda.gov.br/esafsite/publicações>. Acesso em: 20 de dezembro de 2013.
5. Bernardes A, Cecilio LCO, Évora YDM, Gabriel CS, Carvalho MB. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(4):1-8
6. Bresser-Pereira LC. Centralização e descentralização. In: Motta FP, Bresser-Pereira LC. *Introdução à organização burocrática*. 2ª ed. São Paulo: Editora Thompson; 1980. p.73-102.
7. Spagnol CA. Da gerência clássica à gerência contemporânea. Compreendendo os novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. *Rev Gaúcha Enfermagem*. 2002;23(1):114-31.
8. Spagnol CA, Fernandes MS. Estrutura organizacional e o serviço de enfermagem hospitalar. Aspectos teóricos. *Rev Gaúcha Enfermagem*. 2004;25(2):157-64.
9. Fantini TS. A gestão compartilhada como elemento fundante da escola comunitária [dissertação]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2003.
10. Melo CMM, Santos TA. A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal. *Texto Contexto Enf*. 2007;16(3):426-32.