

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA**

ALFREDO EMMERICK

**IMPACTOS DA ADOÇÃO DE UM MODELO DE GESTÃO
EMPREENDEDORA NOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM:
ESTUDO DE CASO EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE CURITIBA.**

CURITIBA

2005

ALFREDO EMMERICK

**IMPACTOS DA ADOÇÃO DE UM MODELO DE GESTÃO
EMPREENDEDORA NOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM:
ESTUDO DE CASO EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE CURITIBA.**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração, na área de concentração em Administração Estratégica no Programa de Pós-graduação em Administração (PPAD) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

Professor Orientador: Doutor Heitor José Pereira.

CURITIBA

2005

ALFREDO EMMERICK

**IMPACTOS DA ADOÇÃO DE UM MODELO DE GESTÃO
EMPREENDEDORA NOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM:
ESTUDO DE CASO EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE CURITIBA.**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração, no Programa de Pós-graduação em Administração - PPAD, área de concentração em Administração Estratégica, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Heitor José Pereira
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Prof. Dr. Sílvio Aparecido dos Santos
Universidade de São Paulo (USP)

Prof. Dr. Sérgio Eduardo Gouvêa da Costa
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Curitiba, 26 de Abril de 2005.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Heitor José Pereira, por ter ensejado a convivência desafiadora e por ter apoiado no esforço da busca.

Aos Professores do Mestrado, pela proveitosa trajetória de aprendizagem.

Às colegas da Secretaria do Mestrado, que sempre atenderam nossas solicitações com bondade e compreensão.

Aos dirigentes da Aliança Saúde, que viabilizaram o acesso a informações reveladoras da sua grande luta por um mundo melhor.

Aos dirigentes do Hospital Nossa Senhora da Luz, por terem permitido o ingresso em seu espaço de trabalho, por compartilharem relatos de seus esforços, visões e desejos, propósitos e metas de transformação organizacional.

Aos Profissionais do Hospital Nossa Senhora da Luz, pelo acolhimento em seu espaço de trabalho, pela breve convivência carinhosa, pelo compartilhamento de tristezas e contentamentos, de sucessos e frustrações, de sonhos e esperanças.

RESUMO

Esta dissertação, um estudo de caso único em organização hospitalar centenária voltada para o tratamento de transtornos mentais, analisa a adoção da gestão empreendedora e seus impactos nos processos de aprendizagem organizacional. Os dados primários foram coletados em entrevistas semi-estruturadas com os dirigentes da organização abordada, da sua instituidora e da sua controladora. Também foram aplicados questionários estruturados para levantamento de dados com os profissionais da organização. Foram buscadas respostas para a identificação do modelo de gestão precedente, as características do modelo de gestão adotado, bem como os processos de aprendizagem organizacional naquele modelo e as introduzidas com a mudança. O tratamento dos dados foi por análise de conteúdo, qualitativa e quantitativa. Os dados secundários foram abordados com a técnica da análise documental e bibliográfica. A triangulação dos dados demonstrou que o modelo de gestão adotado alcançou inovar as práticas de gestão e de cuidados com a profissionalização da gestão; a realização de planejamento estratégico; mudança do modelo clínico, de asilar para desinstitucionalizante, baseado no atendimento ambulatorial, nas oficinas terapêuticas e no hospital-dia; introdução da estrutura por unidades de negócios e por processos especializados; trabalho em equipes multiprofissionais com atuação interdisciplinar; introdução de programa de qualidade total e da gestão de competências, com base em educação continuada por meio de práticas de aprendizagem organizacional. O processo de transformação não conseguiu realização plena por falta de implantação de alguns itens do projeto estratégico. Os impactos sobre os processos da aprendizagem organizacional foram limitados por incorporação da perspectiva formadora voltada para o treinamento e a não integração de um projeto pedagógico ajustado à gestão empreendedora e configurado para a aprendizagem em equipe.

PALAVRAS-CHAVE: aprendizagem organizacional; gestão empreendedora; gestão da inovação; gestão hospitalar; gestão por competências; modelo de gestão; mudança organizacional.

ABSTRACT

This single case study in a centenarian hospital for mental health disorders care analyzes the adoption of an entrepreneur management model and its impacts in the organizational learning processes. The primary data were collected in semi-structured interviews with the managers of the focused organization, its original founder and the present controller. Structured questionnaires were also applied among the professionals to raise further information. The aim was to identify the previous management model, the characteristics of the adopted one, as well as the organizational learning processes in the old model and those introduced after organizational change. The data analysis was based on qualitative and quantitative contents analysis. The secondary data were treated by the documental and bibliographical analysis technique. The data triangulation evidenced that the adopted management model enabled the organization to innovate the managerial and the psychiatric care practices, introducing the professional administration; the strategic planning; the change of the clinical model from asylum to one opened and reintegrative, based on ambulatory care, therapeutical workshops and partial hospitalization; introduction of the business units by specialized processes; multiprofessional teams with interdisciplinary approach; adoption of the total quality management program; and the management of competencies, based in continuous education and practices of organizational learning. The transformation process did not reach complete success because of the lack in the implementation of the strategic project. The impacts in the organizational learning processes were incomplete because of the restrict educational perspective based on training instead of creating a pedagogical project on learning organization linked to the entrepreneur management model and based on teams.

KEY WORDS: competencies management; entrepreneurial management; hospital management; innovation management; management model; organizational change; organizational learning;

LISTA DE QUADROS

1.	Gerenciando mudanças e transição - Fatores-chave das Teorias E e O	37
2.	Gestão empreendedora	40
3.	Perfil da organização empreendedora	40
4.	Diretrizes e práticas da organização empreendedora	41
5.	Perspectivas radical e incremental de mudança organizacional	55
6.	Tipos básicos de estratégia	56
7.	Organizações integrantes da Aliança Saúde	95
8.	Empregados no Hospital Nossa Senhora da Luz em 2004, por funções	96
9.	Empregados no Hospital Nossa Senhora da Luz em 2004, por atividades .	97
10.	Distribuição dos entrevistados por organização	98
11.	Setor de trabalho dos respondentes	98
12.	Funções dos entrevistados	99
13.	Respostas aos questionários em percentual por alternativa	101
14.	Nomes do Hospital Nossa Senhora da Luz	104
15.	Organograma inicial das Santas Casas de Misericórdia	107
16.	Organograma básico do Hospital Nossa Senhora da Luz até 1999	109
17.	A administração das Irmandades das Santas Casas de Misericórdia	115
18.	Organograma básico da Aliança Saúde	120
19.	Organograma básico do Hospital Nossa Senhora da Luz	120
20.	Organograma das UGBs do Hospital Nossa Senhora da Luz	121
21.	A Gestão Empreendedora no projeto da Aliança Saúde	128
22.	Objetivos do plano estratégico 2002-2006 da Aliança Saúde	132
23.	A organização como parceria	143
24.	Conteúdos do curso de capacitação para gestores	171
25.	Treinamentos no Hospital Nossa Senhora da Luz em 2001	177
26.	Treinamentos no Hospital Nossa Senhora da Luz em 2002	177
27.	Diagnóstico comportamental em 2002 - Qualificação	178
28.	Metas e indicadores para capacitação e qualificação	180
29.	Atribuições dos gestores para o desenvolvimento da aprendizagem	180
30.	Características da gestão no Hospital Nossa Senhora da Luz	209
31.	Modelos de gestão no Hospital Nossa Senhora da Luz	210
32.	Aprendizagem organizacional no Hospital Nossa Senhora da Luz	211
33.	Gestão da Inovação no Hospital Nossa Senhora da Luz	211
34.	Gestão por competências no Hospital Nossa Senhora da Luz	211
35.	Gestão clínica no Hospital Nossa Senhora da Luz	212

36	Gestão da qualidade total no Hospital Nossa Senhora da Luz	212
37	Participação dos profissionais no Hospital Nossa Senhora da Luz	212
38	Relacionamento hierárquico no Hospital Nossa Senhora da Luz	213
39	Processos de cuidados no Hospital Nossa Senhora da Luz	213

LISTA DE TABELAS

1.	Mudança organizacional, segundo os profissionais	148
2.	Origens dos recursos dos hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba em 1915	154
3.	Comparativo de receitas e despesas em 1915	154
4.	Treinamento no Hospital Nossa Senhora da Luz em 2004 (jan./out.) ...	175
5.	Aprendizagem organizacional no Hospital Nossa Senhora da Luz, segundo os profissionais	206

LISTA DE GRÁFICOS

1.	O pensamento e a prática sistêmicos	34
2.	As competências e a aprendizagem como definidores da utilidade	58
3.	Triangulação de dados	102
4.	Evolução dos internamentos no Nossa Senhora da Luz, de 1903 a 2004	106
5.	Demanda de treinamento no Hospital Nossa Senhora da Luz	174
6.	Educação continuada no Hospital Nossa Senhora da Luz	178

LISTA DE SIGLAS

Abramge	▪ Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AIH	▪ Autorização para Internação Hospitalar
Anvisa	▪ Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APC	▪ Associação Paranaense de Cultura
AS	▪ Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa
BNDES	▪ Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social
Cinterfor	▪ Centro Interamericano de Pesquisa e Documentação sobre Formação Profissional
CFM	▪ Conselho Federal de Medicina
CNAS	▪ Conselho Nacional de Assistência Social
DRH	▪ Divisão de recursos humanos
Eaesp	▪ Escola de Administração de São Paulo
Esag	▪ Escritório do Sistema Aliança de Gestão
EUA	▪ Estados Unidos da América
Fehospar	▪ Federação dos Hospitais do Paraná
FGV	▪ Fundação Getúlio Vargas
Fiocruz	▪ Fundação Oswaldo Cruz
FPNQ	▪ Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade
Fsesp	▪ Fundação Serviços de Saúde Pública
Funasa	▪ Fundação Nacional de Saúde
GQT	▪ Gestão da Qualidade Total
HNSL	▪ Hospital Nossa Senhora da Luz
Inamps	▪ Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social
INPS	▪ Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	▪ Instituto Nacional da Seguro Social
Ipad	▪ Instituto de Prevenção e Atenção às Drogas
Ipasame	▪ Instituto Paranaense de Saúde Mental
ISCMC	▪ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
ISO	▪ <i>International Organization for Standardization</i> (Organização Internacional para a Padronização)
LDB	▪ Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (9394/1996)
MPAS	▪ Ministério da Previdência e Assistência Social
NBR	▪ Normas Brasileiras da ABNT

OEA	▪ Organização dos Estados Americanos
OIT	▪ Organização Internacional do Trabalho
OMS	▪ Organização Mundial de Saúde
ONA	▪ Organização Nacional de Acreditação
ONU	▪ Organização das Nações Unidas
OPS	▪ Organização Pan-americana da Saúde
PAB	▪ Piso de atenção básica
PNQ	▪ Prêmio Nacional da Qualidade
PPAD	▪ Programa de Pós-graduação em Administração da PUCPR
Prevsáude	▪ Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	▪ Programa de Saúde da Família
PUCPR	▪ Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Reforsus	▪ Projeto Reforço à Reorganização do SUS
RH	▪ Divisão de Recursos da PUCPR
SAC	▪ Serviço de Atendimento ao Cliente
Same	▪ Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SCIH	▪ Serviço de Controle da Infecção Hospitalar
SCMC	▪ Santa Casa de Misericórdia de Curitiba
Sesmt	▪ Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
Sesp	▪ Serviço Especial de Saúde Pública
SPC	▪ Sociedade Paranaense de Cultura
SAI	▪ Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	▪ Sistema de Informações Hospitalares
SMS	▪ Secretaria Municipal de Saúde
Suds	▪ Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	▪ Sistema Único de Saúde
TQM	▪ <i>Total Quality Management</i> (vide GQT)
UGA	▪ Unidade Gerencial Agregada
UGB	▪ Unidade Gerencial Básica
UN	▪ Unidade de negócio
UEN	▪ Unidade estratégica de negócio

LISTA DE ABREVIATURAS

art.	▪	artigo
cad.	▪	caderno
cap.	▪	capítulo
dr.	▪	doutor
et al.	▪	et alii (= e outros, pelo menos mais três)
etc.	▪	et cetera (= as demais coisas)
org.	▪	organizador
p.	▪	página
p. ex.	▪	por exemplo
Séc.	▪	século
vers.	▪	versículo

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
LISTA DE QUADROS.....	6
LISTA DE TABELAS.....	7
LISTA DE GRÁFICOS.....	7
LISTA DE SIGLAS.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
INTRODUÇÃO.....	13
1.1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA.....	15
1.2 DEFINIÇÃO DO OBJETIVO GERAL.....	20
1.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
1.4 JUSTIFICATIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS.....	21
1.4.1 Justificativas teóricas.....	21
1.4.2 Justificativas práticas.....	23
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA.....	24
2.1 ESTUDOS TEÓRICOS RELACIONADOS AO TEMA E AO PROBLEMA.....	27
2.1.1 A mudança organizacional.....	30
2.1.2 O modelo de gestão.....	37
2.1.3 A gestão empreendedora e a organização empreendedora.....	38
2.1.4 A gestão do conhecimento e a aprendizagem organizacional.....	41
2.1.5 A inovação.....	52
2.1.6 A aprendizagem para a inovação empreendedora.....	55
2.1.7 A gestão de competências.....	56
2.1.8 Aprendizagens colaborativas para competências em saúde.....	60
2.1.9 O programa de qualidade total no hospital.....	62
2.1.10 A organização hospitalar.....	64
2.2 INVESTIGAÇÕES RELACIONADAS AO TEMA E AO PROBLEMA.....	80
3. METODOLOGIA.....	81
3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	81
3.1.1 Perguntas de pesquisa.....	81
3.1.2 Definição constitutiva e operacional das categorias analíticas.....	82
3.1.3 Definição constitutiva de termos considerados importantes na pesquisa.....	86
3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	89
3.2.1 Delineamento da pesquisa.....	89
3.2.2 População.....	92
3.2.3 A organização focalizada.....	92
3.2.4 A amostra.....	95
3.2.5 Dados: tipos, coleta e tratamento.....	98

4. O HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ - ESTUDO DE CASO	103
4.1 A GESTÃO DAS IRMANDADES DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA	106
4.2 A GESTÃO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ ATÉ 1999.....	107
4.3 A CRISE PERMANENTE.....	110
4.4 A ALIANÇA SAÚDE PUCPR-SANTA CASA	118
4.5 A REESTRUTURAÇÃO ADMINISTRATIVA	120
4.5.1 A mudança organizacional segundo diretores, gestores e profissionais	121
4.6 AS DIMENSÕES DA GESTÃO EMPREENDEDORA	126
4.6.1 Os referenciais de gestão do modelo proposto.....	127
4.6.2 Os objetivos do Plano Estratégico 2002- 2006	143
4.7 A ADOÇÃO DA GESTÃO EMPREENDEDORA.....	151
4.7.1 O modelo de gestão antes da Aliança Saúde.....	152
4.7.2 A transição para a Aliança Saúde	155
4.7.3 As conquistas da nova gestão da Aliança Saúde	157
4.7.4 O futuro da Aliança Saúde	159
4.7.5 As realizações da gestão empreendedora na perspectiva dos gestores.....	160
4.8 OS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL.....	168
4.8.1 Aprendizagem organizacional antes da Aliança Saúde.....	168
4.8.2 Aprendizagem organizacional na transição para a Aliança Saúde.....	169
4.8.3 Aprendizagem organizacional atual na Aliança Saúde.....	172
4.8.4 O projeto pedagógico e a aprendizagem organizacional no Hospital em estudo.....	174
4.8.5 O Prêmio de Excelência Sistema Aliança de Gestão	180
4.8.6 As práticas de aprendizagem organizacional no Hospital	182
4.8.7 A aprendizagem organizacional na visão dos profissionais das UGBs	204
4.8.8 Impactos da gestão empreendedora na aprendizagem organizacional no Hospital	206
CONCLUSÃO	213
SUGESTÕES PARA PESQUISAS	221
REFERÊNCIAS.....	223
BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS.....	237
APÊNDICE A - PROTOCOLO PARA CONDUÇÃO PESQUISA EM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ EM CURITIBA (PR)	239
APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA	242
ANEXO A - LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ - ABRIL/2004.	245

INTRODUÇÃO

Marx e Engels (1996, p. 13-15), em meados do século XIX, manifestaram o entendimento de que era inviável a conservação inalterada de antigas formas de entender a realidade e os modos de produção, em decorrência das mudanças na sociedade de sua época, caracterizadas por globalização, revolução constante das relações, distúrbios ininterruptos, agitações freqüentes e incertezas permanentes. Essa reflexão sobre a Sociedade Industrial adquire validade renovada porque os seres humanos vivem nova “colisão com o futuro” pela incessante exigência de mudanças individuais, organizacionais e sociais da Era do Conhecimento, segundo Toffler (2000, p. 1-3). Adquire importância sempre maior para a gestão a ampliação do entendimento de como responder aos desafios decorrentes.

Em estudo abrangente sobre o fenômeno que denomina Sociedade Pós-industrial, Masi (1999, p. 11-97) procurou demonstrar que as características da Sociedade Industrial vêm sendo superadas. Esgotou-se o modelo que levava grandes massas de trabalhadores para grandes fábricas. Nele, o setor secundário da economia contava com a maior quantidade de trabalhadores e predominava a atividade industrial na formação da renda. A produção foi submetida a racionalização progressiva, com a aplicação da Ciência na organização e divisão social do trabalho, fragmentação técnica das atividades e programação das funções. Passou a prevalecer a crença no progresso crescente. Foi acolhida como verdadeira a idéia de que o homem deveria dominar a natureza. O tempo biológico foi submetido ao ritmo do relógio. Passou-se a acreditar na busca da única melhor forma como caminho para a verdade, representada por eficiência e produtividade. A sociedade foi dividida em classes de empregadores e empregados, os primeiros a comandar e os últimos a

obedecer. Essa base racional propunha o mundo humano como coerente, ordenado, cumulativo e ascensional, características que o mundo material também teria. No entanto, grandes transformações recentes demonstram que prevalece a complexidade no mundo social e no material, sendo o caos é uma boa descrição para a realidade imposta por essas transformações.

Reich (1994), em sua abordagem sobre o desafio da economia globalizada, destacou a tendência humana de confiar em experiências passadas e de perceber apenas fatos isolados. Para ele, a sociedade seria uma totalidade de fluxos de recursos monetários, tecnologias, informações e produtos em velocidade crescente. Masi (1999, p. 165) registra que modelos passados perderam sua força explicativa e interpretativa para o mundo da produção e do trabalho.

Cada vez mais, predomina o setor terciário. Vigora a tecnologia infomecatrônica e destaca-se nova classe de profissionais: os trabalhadores do conhecimento. Aproxima-se a aldeia global, denominada telecomunidade. O momento presente seria de crise de passagem da Era Industrial para a Era do Conhecimento, com rompimento do modelo de Greiner (1998, p. 3-11), porque deixa-se de ter, após cada ciclo de evolução estável e ascensional, período revolucionário. Agora, passa-se a ter rupturas interativas.

Kaku (2001, p. 19-32) resume a percepção de 150 cientistas (muitos deles Prêmio Nobel) de que desaparecerão algumas atividades e ocupações e de que algumas assumirão importância central (cita, dentre essas, as da área médica).

Kurz (1997, p. 77-92) destaca que não ocorre transição de um conjunto fixo de regras para outro conjunto fixo de regras que supera o anterior. Vive-se agora a passagem de forma estática de troca de patamares por forma dinâmica incorporadora de processos de transformação mais velozes que levam a relações de

maior incerteza. A sociedade da transitoriedade vive a economia da impermanência, cujo vetor exponencial é o conhecimento, como quer Toffler (2001, p. 39, 48 e 57). As economias locais não funcionam mais como organismos independentes, estando submetidas aos fluxos virtuais de relações.

A maior parte das organizações tem vida curta, mesmo as maiores do mundo. Das classificadas no Fortune 500 Index em 1983, 40% já desapareceram; das de 1970, 60%. O tamanho não garante a sobrevivência e nem o tempo de existência. No Brasil, a mortalidade das empresas pequenas e médias é de 73% em três anos, afirmam Miotto e Oliveira (2003, p. 1). A solução para tais problemas desafia os estudiosos da organização e da gestão.

1.1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

Esta dissertação investiga a implantação de um modelo de gestão empreendedora em organização hospitalar psiquiátrica de Curitiba.

A indústria de cuidados à saúde tem sido fortemente afetada pelas mudanças ambientais. Como negócio, é atividade complexa e tem, em escala mundial, os mais altos valores em ativos intangíveis (SVEIBY, 2004). Esforços para reformar esse setor têm implicado na busca de inovações organizacionais e de mecanismos de financiamento. O Relatório sobre a Saúde no Mundo (2001) da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta os desafios diante da existência de carências de toda ordem, notadamente em países periféricos.

Costa, Ribeiro e Silva (2000, p. 209-227) demonstram que a Europa trabalha, desde 1980, para superar o descontrole dos gastos públicos nessa área. Esforço especial vem sendo direcionado para a gestão hospitalar. Busca-se superar

a autonomia decisória dos médicos e implantar parâmetros gerenciais, sob pena de não serem comprados serviços de organizações com desempenho inadequado.

Nos EUA, as organizações de saúde enfrentam resultados insatisfatórios, dificuldades de mercado e insatisfação dos clientes. Há indecisão entre gestores sobre como enfrentar a complexidade operacional e definir o foco de atuação (MURPHY e MURPHY, 2002, p. ix-xiv e 30). Ao discutirem sobre o que há de errado com a competição na assistência médica dos EUA, Teisberg, Porter e Brown (1999, p. 432) apontam para conflitos de interesse que ferem os princípios da concorrência. O empregador quer gastar pouco. Os que pagam pela assistência médica querem reduzir dispêndios. O paciente quer a melhor qualidade. O médico quer manter a autonomia para pedir serviços de apoio diagnóstico. O Presidente Bush (THE WHITE HOUSE, 2004), no discurso ao Congresso sobre o estado da União, registra que os custos crescentes na saúde vêm tornando impossível o acesso a parcela sempre maior de cidadãos. Abramson (2004, p. xi-xvi) afirma que a crise ainda não explicada da Medicina norte-americana e seus efeitos danosos sobre a saúde são escândalos da ciência médica, causados pela invasão de empresas na pesquisa clínica e na prática médica. Segundo ele, até mesmo mecanismos e instituições federais de proteção do cidadão foram contaminados por pressão de lobistas da indústria médica, notadamente a farmacêutica. O contato humano viabilizador da fundamental comunicação na relação do cuidado vem sendo rompido pela interposição predominante de procedimentos tecnológicos e intervenções de Marketing. Deixou-se de buscar a otimização da saúde pela caça por lucros, o que tem feito dispararem os custos “como foguetes” (ABRAMSON, 2005). Himmelstein et al. (2005, p. 63-73) identificaram que, naquele País, dois milhões de devedores

pediram judicialmente a falência (equivalente à insolvência civil no Brasil) em 2001, tendo como motivo a incapacidade de sustentar custos médicos.

No Brasil, a situação das organizações hospitalares é preocupante (LOPES e REGIS, 2004). A sociedade e as organizações vivem intensos conflitos de interesse. O cenário local é mais complexo porque, além do empregador, das seguradoras e dos planos de saúde, dos pacientes e dos médicos, o sistema é integrado pelo Governo Federal (gestor das políticas e aportador dos recursos financeiros através do Sistema Único de Saúde) e pelos Governos Estaduais e Municipais (gestores do relacionamento com os agentes hospitalares). Del Nero (2004, p. 11-12) aponta distorções e registra que os serviços não correspondem às necessidades da população; a distribuição geográfica dos recursos é desigual; há excesso no uso de alta tecnologia para tratar moléstias preveníveis. O sistema apresenta-se como curativo, ao invés de ser preventivo, gerando internações por inadequada utilização da Medicina ambulatorial. A inflação no setor é maior que os da sociedade e os custos evoluem de forma mais acentuada.

Os gestores hospitalares buscam estratégias para cumprir a missão de forma proativa e voltada para os clientes (RIVERA, 1997, p. 74). O trabalho em saúde, parte do setor de serviços, é essencial para a manutenção da vida humana, recuperação da saúde e ampliação do bem-estar. É trabalho que se completa no ato de sua realização, não tendo como resultado um produto físico comercializável. O produto é indissociável do processo, sendo a própria realização da atividade (BLANK, PIRES e RIBEIRO, 2004).

A gestão do hospital exerce impactos profundos na assistência médica, por vezes maiores que os do avanço da Medicina, por integrar competências e potencializar resultados desse ramo do conhecimento (DRUCKER, 2003, p. 41).

A saúde, no Brasil, é função do Estado e direito do cidadão, devendo se dar por acesso universal, igualitário e de relevância através de sistema público único (BRASIL, 1988, art. 196). Os recursos públicos têm financiado a rede médico-hospitalar privada por meio de credenciamentos e convênios, tendo em conta a insuficiência da rede pública.

Os gastos com assistência à saúde representam parcela significativa dos gastos orçamentários dos países (47% no Brasil - Orçamento 2004). A demanda por recursos é crescente e motivada pela expansão das populações, seu envelhecimento e por condições sócio-ambientais geradoras de enfermidades. A crise econômica e a transição ao neoliberalismo privatizante da década de 1990 levaram a maiores reivindicações por ações e serviços de saúde, notadamente pela ampliação da pobreza (FERRIANI e MIRANDA, 2001, p. 20).

A progressiva ausência do Estado por meio de política de privatização da saúde e a pressão pública para redução de dispêndios geram esforço para desinstitucionalização, eliminação de ociosidades, melhora da operação da rede, aumento de produtividade, racionalização dos serviços e resolutividade na atuação (MENDES, 1994, p. 20).

As organizações hospitalares privadas expressam elevada insatisfação com a remuneração paga pelo SUS, a ponto de já estarem ocorrendo descredenciamentos. Dizendo-se mal remuneradas, reduzem serviços e buscam fontes alternativas de recursos (LUSSARI e SCHMIDT, 2003, p. 108), com prejuízo para a qualidade dos cuidados à saúde da população. Os médicos brasileiros, por sua vez, entendem que os problemas do setor são afronta a eles, aos demais agentes de saúde e aos cidadãos, por irresponsabilidade, insensibilidade e incompetência de gestores da área pública e da rede privada. O SUS e as

seguradoras de saúde relutam em adotar a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) para remunerar procedimentos, por seu custo maior (CHAGAS, 2005).

Os custos crescentes da Medicina, particularmente pela sofisticação tecnológica, diminuíram a procura por atendimento particular no Brasil. As 3 mil empresas de planos de saúde atendem a cerca de 41 milhões de associados (32 milhões ligados a planos de empresas e os restantes, a planos individuais/familiares) e movimentaram R\$ 23 bilhões em 2004. Cerca de 120 milhões de cidadãos são usuários do SUS (ABRAMGE, 2005).

Os procedimentos da maioria dos hospitais são entendidos como conservadores, impessoais e restritos aos aspectos físico-biológicos (MATOS e MUGGIATI, 2001, p. 20). Trabalhadores com carência de aprendizagem ou atuando em condições não ideais produzem mortalidade maior, diz Aiken (2002, p. 68). Cianciarullo (2003, p. 101-103) indica que, no cenário hospitalar brasileiro, sobrevivem estruturas arcaicas, sedimentadas e quase perenes, dificultadoras da evolução para modelos de gestão mais ágeis e adequados à necessidade do cliente.

As circunstâncias da sociedade do conhecimento demandam novos perfis profissionais, com competências que dêem conta dos requisitos impostos pela nova realidade. Os gestores se defrontam com maiores demandas por melhores condições de aprendizagem e, ao mesmo tempo, são desafiados a adotar modelos de gestão capazes de melhor qualificar as organizações diante desses desafios (LUSSARI e SCHMIDT, 2003, p. 15-25).

A opção por práticas mais modernas na área da saúde só se faz a partir de imposição, destacam Malik e Teles (2001, p.51-59). Vêm como pouco usual trabalhar com indicadores em hospitais, existindo dificuldade para mudar

comportamentos, pela auto-imagem de que os profissionais da saúde sempre fazem o melhor trabalho. Médicos usualmente desenham modelos próprios de gestão e de avaliação e não têm a mesma preocupação com custos que os gestores, faltando, para ambos, formação e interesse para aceitar novos modelos de gestão. Lopes e Regis (2004, p. 62-75) propõem que os gestores das instituições de saúde, por causa da alta rotatividade e da insatisfação dos empregados, precisam repensar a gestão, passando a propiciar formação de padrão elevado e a desenvolver o espírito empreendedor.

Sobre a saúde mental, a OMS registra a necessidade de reavaliação e reforma. Silva (1979, p. 15 e 223), ao contar a história da loucura, afirma que a Psiquiatria é ramo da Medicina de evolução mais lenta e difícil.

Diante desse conjunto de aspectos, é analisada, nesta dissertação, a adoção de um modelo de gestão empreendedora e de práticas de aprendizagem em uma organização hospitalar psiquiátrica, buscando respostas para o seguinte problema de pesquisa:

Como a adoção de um modelo de gestão empreendedora impacta os processos de aprendizagem em uma organização hospitalar?

1.2 DEFINIÇÃO DO OBJETIVO GERAL

O objetivo geral da pesquisa realizada foi o de verificar como a adoção de um modelo de gestão empreendedora impacta os processos de aprendizagem em uma organização hospitalar.

1.3 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos da pesquisa foram:

- identificar o modelo de gestão praticado em uma organização hospitalar em período antecedente à mudança para a gestão empreendedora;
- verificar a adoção de um modelo de gestão empreendedora nessa organização hospitalar;
- identificar as práticas de aprendizagem nessa organização hospitalar no período anterior à adoção do modelo de gestão empreendedora;
- verificar as práticas de aprendizagem adotadas a partir da adoção do modelo de gestão empreendedora;
- analisar como a adoção do modelo de gestão empreendedora impacta os processos de aprendizagem em uma organização hospitalar.

1.4 JUSTIFICATIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS

As justificativas teóricas e práticas para a realização do estudo apresentado nesta dissertação se referem aos impactos exercidos sobre a aprendizagem, em uma organização hospitalar, em decorrência da adoção de um modelo de gestão empreendedora.

1.4.1 Justificativas teóricas

Drucker (2003, p. 208-210) indica que a administração empreendedora requer diretrizes e práticas que incluem receptividade à inovação; aceitação da mudança; práticas inovadoras; mensuração; e a aprendizagem integrada. As atividades de inovar e de empreender devem ser aprendidas.

O cenário presente, de crescente competitividade entre países e entre organizações, tem provocado a necessidade de revisão dos paradigmas de gestão e de formas de inserção no ambiente turbulento e mutável. Já não se tem ilusão de encontrar o modelo perfeito para a gestão organizacional. Fleury e Fleury (1997, p. 11 e 21-22) mencionam que os processos de transformação organizacional devem estar vinculados à construção de projetos coletivos de aprendizagem, pois a aprendizagem é fundamental para a vida das organizações. Para eles, um hospital deve desenvolver dinâmica permanente de aprendizagem e mudança, com a construção de mapas cognitivos conjuntos e aplicação coletiva das competências.

Pereira (1995, p. 115) afirma que a organização, para ser empreendedora, deve desencadear, fortalecer e recompensar: o espírito empreendedor e a receptividade à inovação; a predisposição à mudança; o estímulo à aprendizagem, com foco nas competências; a flexibilidade estrutural, com unidades independentes de negócios; a relação produtiva de parceria, com política de remuneração por desempenho. O modelo de gestão empreendedora estaria mais bem equipado para dar conta das novas demandas organizacionais, quando coerentemente aplicado, por ter elementos constituintes democratizantes e desafiadores.

A gestão hospitalar, usualmente vinculada a modelos tradicionais, tem, na gestão empreendedora, interessante oportunidade porque permite tratar da estruturação da estratégia e do planejamento estratégico; de práticas voltadas para o cliente; da participação na administração; da descentralização decisória; da horizontalização estrutural com relações de parceria; da construção de competências multifuncionais por meio da aprendizagem permanente.

A mudança organizacional requer mobilização para a aprendizagem através de práticas organizacionais, dizem Zarifian (2003, p. 176), Thurbin (1995),

bem como Lussari e Schmidt (2003). Pinchot (1989, p. 170-171) indica os fatores de liberdade que devem caracterizar a organização empreendedora: decisão do executor (o intra-empendedor não pode depender de comandos a cada passo); flexibilidade corporativa (o empreendedor não pode estar submetido a controles permanentes); fim da filosofia do grande sucesso (o evento transformador nem sempre é grande); tolerância a riscos (a mudança nem sempre dá certo); foco no longo prazo (a inovação não segue o cronograma fiscal); abertura do território (a inovação põe em perigo situações confortáveis); equipes transfuncionais (equipes inovadoras precisam de integração); opções múltiplas (empreendedores precisam de acesso aos recursos da organização).

Um hospital, sem o conhecimento de seus profissionais, é puro desperdício, diz Drucker (2004). Os profissionais (inclusive os gestores) precisam de avançados conhecimentos. O hospital é um empreendimento estruturado para perpetuar-se e deve ser fechado se não for capaz de oferecer serviços de primeira ordem ou se não for econômico (DRUCKER, 2000, p. 7). No Brasil, essa discussão já está instalada e este estudo busca contribuir para a ampliação da compreensão dessa realidade.

1.4.2 Justificativas práticas

O estudo de caso poderá contribuir, em conjunto com outros trabalhos que venham a ser feitos, para ampliar o conhecimento acadêmico sobre mudanças organizacionais em hospitais e as práticas de aprendizagem ali desenvolvidas. Haverá contribuição para que gestores de organizações no segmento hospitalar consigam evitar comportamentos reativos e possam assumir comportamento de ação estratégica proativa, propõem Costa, Ribeiro e Silva (2000, p.209-227).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Hospital é lugar de acolhimento de pessoas, onde se pratica hospitalidade e caridade (FERREIRA, 2004, p. 1058). Registra Szazs (1994, p. 36) que, na origem, hospital era lugar aberto a pobres, fracos, idosos, viajantes e doentes.

Como instrumento terapêutico, o hospital é invenção do final do Séc. XVIII, quando a Medicina se tornou hospitalar, diz Foucault (2000, p. 99-111). A Medicina foi, desde a Antigüidade até essa época, assunto religioso. Buda, no Séc. VI a.C. na Índia, nomeou um médico para cada dez vilas e construiu hospitais. Na Grécia e em Roma, os templos serviam como hospitais. Desde os primórdios do Cristianismo, foram criados hospitais católicos. Até durante a Idade Média, tais instituições eram mais religiosas que médicas. Não se buscava a cura do corpo, mas da alma. O hospital era instituição de abrigo do escravo que estava morrendo. Em 1163, a Igreja restringiu a atividade médica dos padres, notadamente as cirurgias, as quais foram sendo assumidas por outros profissionais (p. ex.: os barbeiros). Com a Renascença, a Medicina se reativou. Os hospitais deixaram igrejas e mosteiros, para se tornarem entidades voltadas para a cura (BRITANNICA, 2003, p. 5855-5864).

A partir desse momento, o médico tornou-se o principal responsável pelo hospital, definindo como construí-lo e como organizá-lo. Seu poder substituiu o dos religiosos. O hospital passou a ser lugar de registro de informações, acúmulo de saber e formação de conhecimentos sobre a doença. Ao longo do Séc. XIX, as terapêuticas foram se tornando impessoais (VOLGO e GORI, 2005, p. 18).

Apenas no início do Séc. XX, começou a ser introduzida a gestão profissional em hospitais. O hospital moderno foi essencialmente planejado entre 1900 e 1920, registra Drucker (1975, p. 865). Daí por diante, começou a ser

entendido como organização empresarial. O gestor foi deixando de ser improvisador e passou a profissional com preparo específico, diz Malagón-Londoño (2003, p. 1).

Em qualquer país, o setor de saúde tem alta importância para a população. No Brasil, grande parte tem baixa renda e baixa qualidade de vida. Por isso, recorre aos serviços hospitalares com frequência maior. As dificuldades orçamentárias do Estado, a carência de recursos para investimentos públicos, a baixa atratividade aos investimentos privados e a incapacidade financeira das pessoas para sustentar os custos caracterizam uma crise, por circunstâncias do macro-ambiente e da burocracia técnica interna, agravada, nos dias atuais, pelo modelo assistencial, pela especialização crescente, por políticas sociais excludentes, pela influência da indústria farmacêutica, pela incorporação anárquica de tecnologias, pela tendência à mercantilização e pela abordagem de consumo (PUSSI, 2003, p. 183-184).

Quanto aos aspectos internos do hospital, Costa, Ribeiro e Silva (2000, p. 209-227) registram que a crise é causada por autonomia decisória médica sem atenção a custos; baixa qualidade do controle do trabalho e da infra-estrutura. Com outra perspectiva, Pussi (2003, p. 184) atribui a gênese da crise a fatores que afetam o trabalho do profissional médico: perda de autonomia; assalariamento; declínio do prestígio; declínio da credibilidade; perda de identidade; mercantilização da Medicina; privilégios da indústria farmacêutica; fragmentação por especialização; dependência tecnológica; alto custo da tecnologia; acesso desigual dos cidadãos; massificação da formação médica e má qualidade do profissional médico.

O atendimento à saúde é direito constitucional e dever do Estado no Brasil. Trata-se, portanto, de atividade pública. Porém, não foi desenvolvida estrutura hospitalar pública suficiente para dar cumprimento ao mandamento constitucional.

Para suprir a lacuna, permite-se a ação de agentes privados. Contudo, nem sempre os governantes assumem o ajustado provisionamento financeiro para a sustentação do negócio, inclusive com a margem de lucro que remunere o valor criado para o cidadão e a Sociedade. Tal modelo de gestão ingressou no País com os primeiros invasores portugueses. As instituições de saúde, na época da Colônia, careciam de alvará real para instalar-se e eram submetidas ao modelo vigente na metrópole, baseado nas Santas Casas. A força controladora do Estado Português (na Colônia ou no Reinado) ou do Estado Brasileiro (no Império ou na República) não foi acompanhada de correspondente modelo público com equilibrado planejamento orçamentário. Para sustentar-se, os hospitais tinham que fazer freqüentes incursões de pedido de auxílio aos governantes.

São muitas instâncias a comandar o Sistema Único de Saúde. O financiamento é dependente do Governo Federal, mas o suporte da União vem se reduzindo, constatam Elias, Marques e Mendes (2001, p. 16-27). As gestões política e orçamentária do sistema são realizadas no nível federal. A gestão operacional fica a cargo de governos dos estados e municípios. Os agentes hospitalares são, predominantemente, privados. O definhamento do acesso patrocinado pelo Estado leva a população a adquirir seguros ou planos de saúde. Os hospitais e as clínicas, por sua vez, têm dificuldades para repassar preços aos financiadores do Sistema (Poder Público e empresas que operam planos e seguros de saúde).

Há terceirização de função do Estado, em que hospitais privados realizam o atendimento em regime de credenciamento. O Estado continua responsável pelo financiamento e controle sobre quantidade, qualidade e preço, mas não garante a eficiência e a eficácia, no entendimento de Castor e Alcântara (1999, p. 25-40). Resta, à organização hospitalar, ajustar-se internamente para buscar resultados

superavitários, desenvolvendo competências, qualificando os processos, ampliando a qualidade, reduzindo custos e diversificando as fontes de receita.

O enfrentamento desses desafios torna importante a adoção de modelos de gestão modernos, com atenção especial para práticas de aprendizagem organizacional. Macedo-Soares e Santos (2000, p. 165-208) indicam que a implementação de mudanças nos hospitais brasileiros se revela mais complexa e difícil pois os recursos são escassos e as condições sociais, culturais, econômicas e financeiras pouco favoráveis.

2.1 ESTUDOS TEÓRICOS RELACIONADOS AO TEMA E AO PROBLEMA

O estudo desenvolvido verificou como a adoção de um modelo denominado Gestão Empreendedora impactou e vem impactando os processos de aprendizagem no Hospital Nossa Senhora da Luz (organização hospitalar centenária voltada para o atendimento a transtornos psiquiátricos e adição a drogas, especialmente o alcoolismo), que busca superar seus problemas de sustentabilidade. Tal questão é relevante porquanto, segundo Pereira e Santos (2001, p. 62-63), o modelo de gestão é o corpo de conhecimentos que os membros têm sobre sua organização. O grande desafio da mudança do modelo de gestão é o de viabilizar a aprendizagem organizacional, de forma a mudar o estado de conhecimento que se quer superar. Trabalha-se, neste estudo, com o entendimento de que qualquer modelo de gestão é um modelo pedagógico que define demandas e exige competências profissionais que lhe são correlatas.

Mudança organizacional requer aprendizagem. É imperiosa a vinculação entre estratégia, competências e aprendizagem. Não basta elaborar a estratégia para a mudança, pois tem que haver concomitante definição das competências para

implementá-la, bem como a adoção da aprendizagem permanente como projeto pedagógico acoplado ao modelo de gestão (FLEURY e FLEURY, 2001, p. 11).

A inovação não é mais individual; se origina de elaboração em equipe, como aprendizagem transformadora do pensar e interagir que leva a nova visão compartilhada e sistêmica e a nova relação com a realidade externa e interna.

Drucker (2003, p. 328) acredita que a Gestão Empreendedora deve realizar o abandono do obsoleto em conjunto com a busca da inovação, tendo objetivos, prazos, orçamentos, processos e controles que capacitem pessoas e lhes permitam atender melhor o interesse de usuários e clientes, bem como dos investidores. A gestão empreendedora requer práticas de aprendizagem e de trabalho voltadas para a criação, disseminação e incorporação de conhecimentos.

O desafio de cultivar a mudança permanente, a inovação, o espírito empreendedor e o estímulo à aprendizagem em hospitais se apresenta particularmente difícil porque estes têm sido organizações compostas por especialistas de várias áreas técnicas subordinados ao conhecimento do médico, até momento histórico recente. Estes detêm um conhecimento visto como mágico (poder e autonomia para defender a vida e enfrentar a morte), por meio de que asseguram autonomia e poder definidor e disciplinador do próprio desempenho. Foram institucionalizados como soberanos e superiores no conjunto das atividades do hospital, pouco afeitos à utilização de conceitos de gestão administrativa. A tradicional orientação hospitalocêntrica de caráter médico voltada para a recuperação da saúde com assistência predominantemente caritativa se choca contra os esforços de mudança em andamento. Há oposição a práticas preventivas. Tal se dá, entre médicos, por reação à filosofia de cuidados primários, por consagração da objetividade da ciência médica; pela sedução do imperativo

tecnológico; por desconsideração do custo de oportunidade e por oposição à atividade integrada em equipe.

Os hospitais brasileiros, no geral, vivem fratura entre suas vontades institucionais e as determinações sociais. Os interesses corporativistas voltados para uma Medicina de caráter privado e lucrativo têm se chocado contra a definição constitucional que dá à saúde um caráter público, um papel de interesse coletivo e uma perspectiva preventiva, além de um propósito multidisciplinar.

A integralidade é uma das diretrizes básicas do SUS. A Constituição de 1988 optou pela prioridade preventiva (BRASIL, 1988, art. 198). Contra essa definição, há defensores da idéia de que o trabalho médico não deve levar em conta o custo (JIAMBERARDINO, 2005). Os agentes privados defendem a redução da presença governamental, a que caberia, por intermédio do SUS, pagar as faturas, sem estabelecer prioridades, limites, critérios e valores (MATTOS, 2005). Em 1987, o Banco Mundial afirmou que é inadequado oferecer serviços gratuitos de cuidados à saúde (WORLD BANK, 1987, p. 3). Em sua perspectiva neoliberal, saúde é entendida como assunto privado e negócio ligado ao mercado.

Além da disputa entre controle privado ou público da gestão, vive-se outra por definição do modelo de cuidados clínicos e médicos. O poder público busca construir o sistema integralista em substituição ao especialista, com forte resistência.

Com relação à abordagem de cuidados dos transtornos mentais, luta-se para preservar o modelo institucionalizante. O SUS definiu os cuidados da saúde como trabalho para a equipe multidisciplinar. Constantino e Almeida (2005), ao tratarem do Projeto de Lei sobre o Ato Médico (limites dos atos privativos dos médicos), criticaram essa opção. Cuidar do corpo é atividade para profissionais altamente especializados, dizem.

Contra-pondo-se à acumulação excessiva de meios materiais e à multiplicação exagerada dos serviços, bem como ao envolvimento nas teias dos poderes político e econômico, Carapinheiro (1998, p. 19-21) expressou o entendimento de que o hospital só existe como instituição útil enquanto preserva a unidade de atuação dos profissionais e sua indissolubilidade espiritual. A ausência desses requisitos faz dele entidade morta, incapaz de cumprir seu papel social.

O mapeamento teórico abaixo expõe o acervo de sustentação e abordagem para solução do problema de pesquisa proposto. Focaliza os temas relacionados a mudança organizacional; modelo de gestão; gestão empreendedora; organização empreendedora; organização hospitalar; programa de qualidade total; aprendizagem organizacional; inovação e competências.

2.1.1 A mudança organizacional

Para Motta (1998, p. 128-139), a organização é construção humana racional e lógica, mas vinculada a escolhas arbitrárias. Aponta a existência de três formas de gestão da mudança: a reação adaptativa, a intenção estratégica e a aprendizagem contínua. Essas formas não são excludentes, sendo produtiva a convivência de seus elementos em uma abordagem estratégica. Se o Modelo de Intenção Estratégica dá destaque ao papel dos gestores, o Modelo de Aprendizagem Contínua põe o foco do exercício do poder nas equipes.

Mintzberg e Quinn (2003, p. 231-238) entendem que, para a mudança, o líder tem o principal papel. Embora reconheçam a necessidade de mudança na forma de pensar, essa necessidade é vinculada, por eles, a uma “percepção súbita” ou um “eureka” individual. No entanto, opta-se, neste trabalho, pelo entendimento de que a mudança é fenômeno coletivo e integrado ao aprender e ao conhecer. Esses

elementos compõem o processo [<Mudança<>Aprendizagem<>Conhecimento>], conforme Leitão e Rousseau (2004, p. 697). A mudança organizacional não se dá por decisões, mas se realiza de forma processual. O fenômeno ocorre no nível do indivíduo, mas o processo deve ser articulado coletivamente. Tal definição implica na aceitação de que o ser humano é construção coletiva. A aprendizagem ocorre no íntimo do profissional, mas não se viabiliza no isolamento. O ser humano é, nesse sentido, relacional.

O que caracteriza as organizações longevas é a capacidade de mudar. Mudanças no mundo exterior exigem contínua gestão das mudanças dentro da organização, menciona Geus (1998, p. 11 e 15). Senge (1998, p. 13-14) aponta que, para gerar competitividade, mudanças internas são necessárias, particularmente no modelo mental dos que têm poder e influência. Para ele, mudanças significativas na organização dependem de mudanças nas formas de pensar e interagir.

A mudança não pode ser feita solitariamente. Tem que ser trabalho de uma comunidade de aprendizes. As pessoas são modelos mentais, na medida em que agem socialmente de acordo com a cultura em que inseridas. As organizações também. Para essas mudanças, Senge propõe o que chama de disciplinas de domínio pessoal, modelo mental, visão compartilhada, aprendizagem em equipe e visão sistêmica. Essas disciplinas se apresentam em uma estrutura de relações:

- domínio pessoal e modelo mental como disciplinas individuais;
- aprendizagem em equipe e visão compartilhada como disciplinas coletivas;
- pensamento sistêmico como disciplina integradora.

Domínio pessoal (aprendizagem pessoal) corresponde a aprendizagem em equipe (domínio coletivo), ambas as dimensões voltadas para a construção do

conhecimento. Modelo mental (visão individual) corresponde a visão compartilhada (modelo mental coletivo), voltadas para a desconstrução do conhecimento. Em nível pessoal e coletivo, a organização que aprende busca reconhecer e abandonar as competências problemáticas (ou incompetências) e identificar e elaborar competências transformadoras. O pensamento sistêmico é a compreensão de que o processo é concomitante, integrado e interativo. Ele toma vida na prática sistêmica.

As redes de relacionamentos e as comunidades de profissionais são essenciais ao trabalho diário, melhores que as hierarquias para a incorporação de idéias à prática corrente. Nas equipes, profissionais compartilham dificuldades e possibilidades, têm necessidades reais comuns e dependem uns dos outros para a realização do trabalho verdadeiro, notadamente em hospitais.

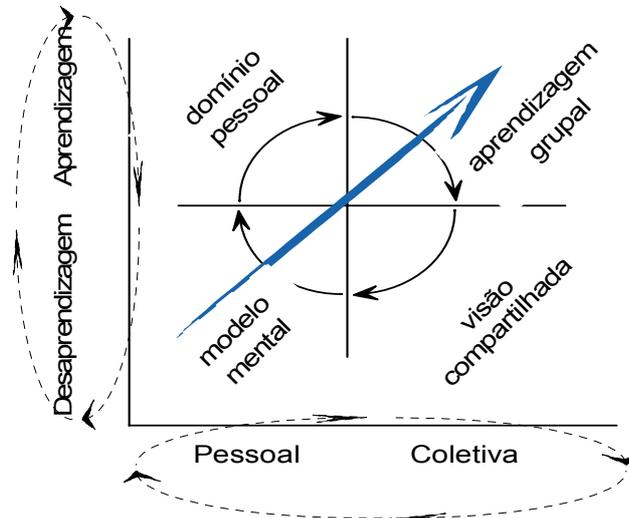
É no relacionamento da equipe no processo de trabalho que as situações acontecem de forma concreta. Esse espaço vivencial não pode ser controlado. Deve ser encorajado, capacitado e desafiado, caso a real intenção seja a conquista do envolvimento coletivo na solução de problemas e na criação de oportunidades (SENGE, 1999, p. 66-69).

O gestor que tem que prover todas as respostas desenvolve rigidez e competências defensivas, criando bloqueios para possibilidades alternativas e contribuições da equipe (SENGE, 1998, p. 278).

Senge afirma que domínio pessoal é a expressão do crescimento e da aprendizagem pessoal. As organizações aprendem através de pessoas que aprendem. O modelo mental é a expressão das formas aprendidas de pensar e agir que se transformam em premissas individuais. A visão compartilhada é a expressão das formas aprendidas de pensar e agir que se conectam em premissas coletivas. A

aprendizagem grupal baseia-se no domínio pessoal, na visão compartilhada e na aprendizagem pessoal.

GRÁFICO 1 – O PENSAMENTO E A PRÁTICA SISTÊMICOS



Fonte: Elaborado a partir de Senge (1998).

Para que as pessoas assumam a mudança na organização, devem ser entusiasmadas a comprometer-se a deixar algo e a buscar algo novo (SENGE, 1998, p. 167-168, 201, 234 e 263).

Argyris e Schon (1996, p. 15-20), ao definirem a Aprendizagem em termos da Teoria Esposada e da Teoria Aplicada, recomendaram que se atente para o fato de que é comum haver falta de identidade entre o que declaram os gestores (Teoria Esposada) e o que se observa nas práticas (Teoria Aplicada). A assimetria leva a divergências entre resultados esperados e obtidos. A efetiva aprendizagem organizacional acontece quando a aprendizagem individual é facilitada por um projeto pedagógico coletivo coerente. Argyris (1957, p. 168) alertava que pode ser danoso para a organização dizer ao trabalhador que ele é importante e adotar práticas que o coloquem em posição de inferioridade.

A característica da Era do Conhecimento é a velocidade das transformações. Não é, portanto, a Era em que avulta em importância a quantidade

acumulada de conhecimento. É a Era em que adquire significado crucial a capacidade de trocar o que se sabe pelo que se precisa conhecer.

A dinâmica do conhecimento impõe a gestão das mudanças internas. Significa ter, sempre mais, que descartar o ultrapassado e criar o novo. Lambe (2002, p. 13) propõe que mais importante é a competência para desenvolver a aprendizagem rápida e, com ela, o valor.

Drucker (2000, p. 6) recomenda três práticas para a mudança. A primeira é continuar a melhoria do que é feito bem, num auto-aperfeiçoamento contínuo. A segunda é desenvolver aplicações novas. A última é fazer as duas primeiras de forma organizada e sistemática, preservando o foco nas *core competences*. A tarefa nem sempre é fácil pois qualquer organização é ordem e desordem, aspectos não conflitantes porque há necessidade de continuidade e mudança, normas e liberdade, controle e autonomia, tradição e inovação, afirma Bauer (1999, p. 226).

É usual gestores evitarem mudanças profundas, embora, com freqüência, adotem discurso vinculado à mudança, à inovação e ao empreendedorismo. Preferem o incrementalismo ou a adaptação (mudanças de primeira ordem) ao rompimento ou a transformação (mudanças de segunda ordem), segundo Leitão e Rousseau (2004, p. 689). A razão está no entendimento de que a organização é patrimônio que se tem, ao invés de ser conjunto de relações internas e com a sociedade, mediadas pela compreensão que se construiu nessas relações.

A mudança organizacional requer alterações fundamentais no comportamento humano, nos padrões do trabalho e nos valores, propõe Herzog (1991, p. 6-11). Os modelos mentais podem ser impeditivos da mudança porque levam a assumir a realidade como fato e não como premissa pessoal, alerta Senge

(1998, p. 230). A conseqüência pode ser o *entitlement*, modo passivo de encarar a vida na organização, em que o que valor pessoal está no que se foi ou se fez.

Afinal, a aprendizagem que interessa só ocorre se a organização permitir. A que não interessa, por sua vez, ocorre sempre que é adotada perspectiva equivocada e se deixa de desencadear a aprendizagem valiosa. Modelos de gestão burocratizados ou autoritários impedem a aprendizagem valiosa por serem geradores de medo, passividade, ambivalência, ressentimento e pseudo-trabalho, na forma exposta por Bardwick (1996, p. xv e 15-18), ao negarem ao indivíduo a condição de ser, limitando-o a apenas estar na organização.

A hierarquia tradicional deve desaparecer na nova realidade empresarial por ser danosa. O comando precisa se reconfigurar para uma liderança orientadora. Cada profissional deverá ter formação melhor, inclusive com especialização sofisticada. O gestor será demandado sempre mais por suas competências pedagógicas que por sua força de mandar.

Beer (2003, p. 18-25 e 39-40) diz que obstáculos à autonomia podem ser superados com práticas de estímulo ao pensamento inovador; de demonstração de respeito pelo profissional; de delegação de controles; de compartilhamento de busca por causas de mau resultado; de demonstração de flexibilidade; de estímulo à confiança para arriscar; de distribuição da autoridade para decidir. Ressalta que o objetivo da mudança pode ser econômico (Teoria E = criar valor para o acionista de forma rápida, drástica e imposta), através da redução de custos, do *downsizing* e da venda de ativos. Pode ser, ainda, orientação da organização para a aprendizagem (Teoria O = cultura de sustentação à aprendizagem contínua) com alto nível de participação, horizontalização estrutural e busca de vínculos com os empregados:

QUADRO 1 – GERENCIANDO MUDANÇAS – FATORES-CHAVE DAS TEORIAS E E O.

Dimensões da mudança	Teoria E	Teoria O	Teorias E e O Combinadas
Metas	Maximizar o valor para os acionistas	Desenvolver recursos organizacionais	Aceitar explicitamente o paradoxo entre valor econômico e capacidade organizacional
Comando	Gerenciar a mudança de cima para baixo	Estimular a participação de baixo para cima	Estabelecer diretrizes de cima para baixo e envolver o pessoal de baixo para cima
Foco	Enfatizar as estruturas e sistemas	Reforçar a cultura organizacional: comportamentos e atitudes dos empregados	Concentrar-se simultaneamente no tangível (estruturas e sistemas) e no intangível (cultura organizacional)
Processo	Planejar e definir programas	Experimentar e envolver	Planejar a espontaneidade
Sistemas de recompensas	Motivar por meio de incentivos financeiros	Motivar por meio do comprometimento Usar o pagamento como contrapartida justa	Usar incentivos para consolidar as mudanças, mas não para induzi-las
Uso de consultores	Consultores analisam os problemas e formatam as soluções	Consultores assessoram a gerência na formatação de suas próprias soluções	Os consultores são recursos especializados que capacitam os empregados

Fonte: Beer e Nohria, 2000. p. 137.

A horizontalização da estrutura é uma das características do modelo de gestão empreendedora. Berwick (1997, p. 448-453), da Harvard Medical School, vê como importante que os líderes do hospital busquem modos de abrir a oportunidade de participação, se querem efetivamente criar um ambiente de aprendizagem, não sendo bastante definir e outorgar uma visão. Ela tem que ser compartilhada.

As empresas capazes de combinar abordagens duras e brandas relativas à mudança são mais bem recompensadas com retornos vantajosos em lucratividade e produtividade.

Em síntese, a mudança tem como núcleo essencial o aprender de forma organizada e sistemática. É o imperativo de aprendizagem de que tratam Argyris e Schon (1996). Esse imperativo requer gestão que remova obstáculos estruturais, de poder e de comunicação para que haja equilíbrio entre as normas e a liberdade, o controle e a autonomia, a tradição e a inovação.

2.1.2 O modelo de gestão

Modelo de gestão é o conjunto de conceitos e práticas que, orientado por filosofia central, permite a uma organização operacionalizar suas atividades internas e externas. A expressão não tem sentido rigoroso e pode ser substituída por abordagem ou estilo de gestão, diz Pereira (1995, p. 4). Para ele, modelo de gestão se constitui de práticas gerenciais que implementam inovações na maneira de administrar os negócios.

Nóbrega (2004, p. 15 e 145) diz que a gestão é inovação mais importante que o automóvel, a estrada de ferro, o laser, a física quântica, a energia nuclear, o *microchip* e a Internet, porque por ela é que se tornam produtivos os saberes. Para ele, gerenciar a mudança é gerenciar os valores, os processos e os recursos. Essa tarefa é fácil para organizações jovens, não cristalizadas. Na medida em que as competências migram para a cultura, fica mais difícil. Gerenciar a mudança é gerenciar a aprendizagem que muda valores, processos e recursos.

As correntes do pensamento administrativo (desde o modelo clássico até os mais recentes) estão vinculadas a grandes fatos históricos que provocam transformações políticas, econômicas, sociais, tecnológicas, culturais, legais e espirituais e passam a permear as atividades. A pressão ambiental impõe a busca de instrumentos que orientem a empresa para a satisfação do cliente mais exigente.

Em síntese, modelo de gestão é a filosofia definidora da operacionalização das atividades. Constitui-se por meio de padrões de práticas de administrar os negócios e de construir os relacionamentos internos e externos.

2.1.3 A gestão empreendedora e a organização empreendedora

Empreendedorismo, na proposta de Hisrich e Peters (2004, p 29 e 55), é a criação de algo novo, assumindo riscos. O estilo empreendedor tem cinco dimensões prioritárias: orientação estratégica; comprometimento com a oportunidade e com os recursos; estrutura administrativa adequada e controle.

A organização empreendedora é o resultado da prática empreendedora no planejamento e na ação. Requer modelo de gestão próprio, que inclua a cultura de risco, para que haja estímulo à busca de soluções para problemas.

Pereira (1995, p. 115) aponta as características básicas da organização empreendedora, em que se destacam:

- predisposição à mudança e estímulo à aprendizagem;
- foco nas competências essenciais e parcerias;
- receptividade à inovação e espírito empreendedor;
- flexibilidade estrutural e unidades independentes de negócios;
- remuneração por desempenho.

A unidade estratégica de negócio é conceito central para a gestão empreendedora, porque desloca o papel do gestor, antes vinculado ao exercício do poder formal, para o desempenho da equipe em torno dos processos da cadeia de valor (KAPLAN e NORTON, 1997, p. 314). A abordagem por processos, que Watson (2005, p. 14-23) denomina lógica processual-relacional, vê a organização como conjunto de relações e acordos e não como uma estrutura de dominação.

Zarifian (2001, p. 133 e 136) esclarece que a preocupação maior não deve ser o gerenciamento das competências, mas o gerenciamento da aprendizagem centrada nos processos. Para ele (2003, p. 110), num hospital, o sucesso da equipe depende de múltiplas iniciativas cruzadas, para enfrentar solidariamente a enfermidade e restabelecer a saúde e o bem-estar.

Pereira propõe que a implantação da gestão empreendedora requer cuidado particular quanto a alguns aspectos organizacionais:

QUADRO 2 – GESTÃO EMPREENDEDORA

Atividades	Separar as tradicionais ou operacionais
Localização	Nos níveis superiores da organização
Apoios	Recursos humanos, financeiros, técnicos ou informações
Administração do projeto	Coordenador de tempo integral
Política de remuneração	Salário fixo e participação nos resultados
Responsabilidades	Grupo de pessoas responsabilizado pelo projeto
Inter-relacionamento	Apoio às equipes empreendedoras
Autonomia	A equipe deve ter liberdade de interação
Cultura empreendedora	Deve ser disseminada
Linha de subordinação	Não deve atingir a equipe empreendedora
Formato estrutural (MINTZBERG, 1983, p. 254)	Adhocracia orgânica com pouca formalização; Tarefas horizontalizadas; Agrupamento de especialistas; Equipes de projeto orientadas para o mercado; Mecanismos de interligação entre as equipes; Troca de informações e experiências; Descentralização seletiva nas equipes; Combinação de gerentes de linha com especialistas
Competitividade	Concentrar esforços no negócio essencial; Buscar parcerias com outras empresas; Transferir atividades complementares; Transferir atividades não competitivas

Fonte: Adaptado de Pereira (1995, p. 135-136).

Ansoff (1990) aponta, como elementos caracterizadores de uma organização empreendedora, o objetivo, as metas, o sistema de recompensas, o estilo de liderança, a estrutura e o sistema de planejamento. É destacado o papel da gestão na solução de problemas:

QUADRO 3 - PERFIL DA ORGANIZAÇÃO EMPREENDEDORA

Objetivo	Otimizar potencial de rentabilidade
Metas	Por interação de oportunidades e potencialidades
Sistema de Recompensas e punições	Recompensa por criatividade e iniciativa Punição por falta de iniciativa
Sistema de Informações	Potencialidades internas Oportunidades externas novas e futuras
Problemas	Novos e não-repetitivos
Estilo de liderança	Carisma Habilidade de inspirar aceitação de mudança
Estrutura organizacional	Fluida, em processo de mudança estrutural Atividades agrupadas por problemas
Sistema de planejamento	Planejamento estratégico
Resolução de problemas pela administração	
Estímulo à ação	Busca de novas oportunidades
Busca de alternativas	Gerar alternativas criativas

Fonte: Adaptado de Ansoff (1990).

Drucker (2003, p. 209) entende que a empresa que não inova envelhece e declina. Num período de mudança rápida, o declínio é mais rápido. Para ele, inovação e empreendedorismo não são espontâneos. Decorrem de empenho, esforço e aprendizagem. A organização empreendedora trata o empreendimento como dever e o pratica, por meio de diretrizes e práticas:

QUADRO 4 – DIRETRIZES E PRÁTICAS DA ORGANIZAÇÃO EMPREENDEDORA

Área	Diretrizes	Práticas
1	Mudança	Ver como oportunidade/ Ser receptivo
	Inovação	Ver como oportunidade/ Ser receptivo
	Clima Empreendedor	Criar com base em diretrizes Implantar com base em práticas
2	Mensuração	Avaliar sistematicamente resultados
		Integrar a aprendizagem ao desempenho
3	Administração Empreendedora	Cuidar da estrutura
		Cuidar de provisão/gerência de pessoal
		Cuidar da remuneração/incentivos/recompensas ao pessoal
4	Cuidados Especiais	Separar unidade administrativa da empreendedora
		Buscar inovação no negócio em que tem força competitiva
		Só implantar dentro da própria empresa

Fonte: Drucker, 2003, p. 209.

A Gestão Empreendedora deve fazer a inovação ser rotina da organização, com política de abandono do obsoleto, do improdutivo e das falhas. A ela se deve juntar política de criação e de invenção. Para isso, precisa de gente qualificada. Idéias novas devem ser postas a trabalhar de forma ágil e estruturada.

Gestão empreendedora deve ser prática coletiva, com envolvimento de todos os colaboradores. Ser empreendedor não pode ser ocupação secundária. Contudo, é preciso entender que a inovação não tem caráter aleatório. A empresa inova em atividades em que tem competência diferenciada.

Em síntese, a Gestão Empreendedora é caracterizada pelo abandono do obsoleto e pela busca da inovação, por meio de objetivos, prazos, orçamentos, processos que capacitam pessoas e permitem fazer melhor e diferente, de forma coletiva, no interesse dos clientes e investidores.

2.1.4 A gestão do conhecimento e a aprendizagem organizacional

Cada organização é única, por representar forma particular de conhecimento do mundo construída na interação dos colaboradores entre si e com o ambiente, sejam as relações democráticas ou não. A organização é conhecimento e funciona com base no conhecimento nela distribuído. Parte do conhecimento existente está objetivado e arquivado, sendo, por isso, controlável. Está, porém, estático e inerte. No dinamismo da sociedade do conhecimento, o conhecimento importante é o que está vivo e em uso nas interações.

As organizações estão ainda muito interessadas no aspecto material do conhecimento. Acreditam que é necessário tangibilizá-lo, colocá-lo num arquivo, obter dele uma patente. A propriedade intelectual é frágil, porque há mecanismos como *benchmarking*, inteligência competitiva, engenharia reversa, espionagem, pirataria, *brain drain* e outros que permitem sua cópia. Difícil é apropriar-se da capacidade coletiva de aprendizagem.

O tema central da gestão do conhecimento não é busca da propriedade do conhecimento. Diz respeito à aprendizagem. Importante é a criação, a liberação e a circulação do conhecimento. O conhecimento verdadeiro não é uma coisa. É uma condição de vida e um estado de ser, imaterial e intangível.

Para a organização produzir mais e melhor, a estratégia mais certa é reconhecer a capacidade de produzir o conhecimento como fator estratégico. A realidade complexa exige conhecimento complexo, mais tratável na equipe que no indivíduo isolado. Não se tem equipe pelo ajuntamento de pessoas. Existe equipe quando inteligências orquestradas potencializam a teia da aprendizagem complexa na busca das competências mais bem afinadas com o propósito organizacional.

O instrucionismo é algo de que se deve fugir para evitar a abordagem linear, de cima para baixo e de fora para dentro. Não cabe mais a exclusividade da transmissão ou da aquisição do conhecimento pela doação reprodutiva em que alguém ensina para alguém que aprende. Esse modelo apaga o indivíduo. A aprendizagem é fenômeno físico e racional, mas também emocional. Envolve conhecimento e habilidade, mas também atitude (DEMO, 2002, p. 127-142).

Se o aprender é apropriado internamente pelo ser humano, é tecido nas relações de existência e de produção. O ponto focal é a relação. A aprendizagem é uma relação social com finalidade social. É no processo de aprendizagem que se pode aferir, de fato, a constituição de relações democráticas, participativas e de parceria. Trabalho em equipe interessa pela possibilidade da aprendizagem que beneficia a todos e pela potencialidade da construção multidisciplinar, democrática, consensual e criativa. A abordagem da aprendizagem é transformadora por tomar a organização como algo sempre em construção interativa.

Figueiredo (2005, p. 70-83) propõe que, numa organização empreendedora e participativa, o aprendiz deve ser protagonista, seja nos processos espontâneos de aprendizagem, seja nos dirigidos. Nas equipes, através da imitação, da observação, da tentativa e erro (ou acerto), da prática, das percepções, da experimentação, do questionamento, da especulação ou através de abordagem direcionada, o aprendiz deve ser autor, agente e participante.

Para Pereira e Santos (2001, p. 62-63), importante é tomar decisões que levem à criação e à transferência do conhecimento. A sabedoria do gestor está em direcionar os esforços para a aprendizagem que desenvolve as competências estratégicas para a organização. Aprendizagem não deve ser entendida como um evento ou um treinamento que entrega informações ao colaborador (SENGE, 1999,

p. 37). Deve ser compreendida como processo interativo que constitui um fluxo permanente de experimentação e análise. Não deve ser buscada como um processo finalista ou terminal com um resultado fixo.

Em hospitais, a gestão do conhecimento adquire significado especial. O objetivo dos hospitais é oferecer cuidados com qualidade efetiva e resolutividade plena, o que impõe a definição de ambiente interno estruturado com foco na gestão do conhecimento, segundo Wickramasinghe e Mills (2005). Embora Porter (1989, p. 33) entenda que a curva de experiência não define benefício para a organização, o conhecimento intangível é o fator que leva à diferenciação. Há, por isso, forte relação entre a gestão do conhecimento e a estratégia. O gestor deve garantir o alinhamento entre eles, propõe Figueiredo (2005, p. 120).

Para Bethlem (2002, p. 17-20), a estratégia tem que ser aprendida e aceita por todas as pessoas na organização. Não é elaboração de elite para consumo na cúpula. É processo intelectual e comportamental que deve comprometer todos. Cada indivíduo na organização, em um grau peculiar, precisa ser estrategista. Quem aprende modifica o próprio comportamento e passa a agir de forma diferente sobre o ambiente. Bethlem afirma que há organizações e gestores que não dão a devida importância à aprendizagem, temendo seus efeitos. Preferem o poder do planejamento formal centralizado através de que explicam o mundo, o mercado e a organização ao trabalhador. Essa abordagem tutelar é danosa porque anula, nos indivíduos, o seu potencial, e porque restringe a atuação útil e de valor para a sociedade e os membros da cadeia de valor.

Cabe ao gestor ensinar, a si e aos demais da equipe, a percepção dos quadros mentais que determinam a compreensão da realidade. Mintzberg e Quinn

(2003, p. 30) propõem que a aprendizagem que importa é a que reestrutura os valores diante da realidade e leva a enxergar além dos eventos superficiais.

Porter (1989, p. 67) alerta que a aprendizagem varia, vaza ou morre. Varia em função de quanto se dá de atenção a ela. Vaza por meio de fornecedores, consultores, ex-empregados, *benchmarking*, e outras. Morre quando se adiciona tecnologia que elimina conhecimento instalado. O gestor deve estar atento ao índice de aprendizagem do hospital. As organizações precisam aprender rápida e continuamente. A tarefa do gestor é se responsabilizar pela aprendizagem e desenvolvimento de pessoas, dizem Mintzberg e Quinn (2003, p. 211-213). A capacidade coletiva de pensar estrategicamente passa a ser aspecto importante.

Bethlem (2002, p. 17-20) ensina a importância de cuidar do entendimento entre os grupamentos profissionais de gestores, técnicos e operadores, porque o desentendimento entre eles é prejudicial à aprendizagem. Senge (1998, p. 13-14, 43-48 e 372), por sua vez, entende que, para gerar competitividade, são necessárias mudanças nas formas de pensar e interagir, particularmente na mente dos que têm poder e influência. A mudança não pode ser feita solitariamente; tem que ser trabalho de comunidade em que todos se reconheçam aprendizes. A aprendizagem organizacional é a aprendizagem através do trabalho em equipe.

A aprendizagem ainda é tema polêmico e complexo. Cada modelo pedagógico se configura a partir da idéia de Homem que prevalece socialmente. Alguns defendem que a aprendizagem é aspecto endógeno ao ser. Outros, que é exógeno. Alguns postulam que é fenômeno individual e solitário. Outros, que é coletivo e socializante. Prevalece sempre a constatação de que pessoas aprendem, por meio da colaboração, evitando, com isso, a necessidade de reinvenção individual do conhecimento, o que garante a velocidade do progressos humano. O

problema está em quais valores estão embebidas as experiências que a relação formadora carrega como pressupostos.

A adoção de qualquer das perspectivas gera diferenças de qualidade nos resultados. Fleury e Fleury (1997, p. 28-29) registram que a vertente behaviorista mostra a aprendizagem como resposta a estímulos pedagógicos que provocam mudanças internas do ser. O indivíduo a que se destina a atividade formadora comparece como folha branca em que se carimba o desenho do conhecimento fornecido. Depois, é só exigir a replicação e medir a repetição. Reportam, em seguida, o modelo cognitivo. Nele, o processo de aprender é subjetivo, influenciado por crenças e percepções antecedentes que afetam o processo do conhecer e interferem no conhecimento alcançado. O que se tem como resultado não é meramente um fenômeno replicável, mas uma reelaboração pessoal. As conseqüências derivadas do espectro de posicionamentos possíveis entre os dois extremos têm profundas distâncias epistemológicas, de práticas e de resultados.

O pensamento sobre as organizações e sobre como realizar sua gestão vem se sofisticando. Um aspecto fundamental está por ser mais bem evidenciado em termos de análise e de aplicação: cada organização sempre foi e será uma escola. Adota e exerce um modelo pedagógico e uma prática de aprendizagem, sempre intencional, seja consciente ou não. Opta-se, neste trabalho, pelo entendimento de que o ser humano não é passivo e nem é ativo em termos de aprendizagem. É interativo, segundo propõe Vygotsky (1991, p. 91 e 99). A aprendizagem humana pressupõe uma natureza social e deve ser exercida como fenômeno interativo, integrador, relacional, complexo e coletivo.

As organizações são grandes processos pedagógicos e todos os que ali convivem são pedagogos e aprendizes. A Gestão do Conhecimento e suas diversas

veredas de pesquisa precisam ampliar sua capacidade de explicitar essa perspectiva, que não é nova em si, mas que foi reprimida a plano secundário pela abordagem de dominação e controle dos primórdios da teoria sobre a gestão. Na Idade Média, as relações de produção se davam entre aprendizes e mestres.

A aprendizagem organizacional se expressa como capacidade que a organização tem de adquirir competências por meio de interações de colaboradores ou da compra da experiência de trabalhadores de outras organizações a ser internamente trabalhada e reapropriada. Aprendizagem organizacional é, também, modificar a forma de funcionar de acordo com essas competências.

O projeto de aprendizagem permite caracterizar a gestão da organização. Modelos de gestão autoritários usualmente recorrem a atividades adestradoras. Modelos de gestão democráticos trazem práticas efetivas de aprendizagem que contribuem para a construção da mudança do estado de conhecimento. Para Pereira e Santos (2001, p. 64), se a crise é permanente, o remédio tem que ser a aprendizagem permanente.

Para Senge (1998, p. 43-48 e 372), a aprendizagem organizacional é a aprendizagem através do trabalho em equipe, pois “se as equipes não tiverem capacidade de aprender, a organização não terá”. Equipes são a unidade fundamental de aprendizagem em organizações. Organização que aprende é perspectiva filosófica ou atitude mental que se materializa no processo cotidiano.

A aprendizagem organizacional não deve ser feita para o aprendiz. Deve ser feita com o aprendiz, que não é objeto do processo, mas agente. As relações formadoras nas organizações fruto da Revolução Industrial foram carregadas de assimetria e desprezo pelo trabalhador. Taylor (1990, p. 27-35) dizia, em 1911, que havia muito que fazer por meio da instrução do trabalhador, o qual seria incapaz de

compreender suas atribuições por falta de instrução ou de capacidade mental. O dever da chefia seria de tutelar o trabalhador contra sua “indolência natural”. Essa proximidade controladora se justificaria por sua “vadiagem premeditada”. A grande contribuição desse pensador foi reformular a administração e o processo produtivo a partir de uma idéia de como as pessoas deveriam ser ensinadas. Produziu mais que definições sobre processos produtivos ou sobre técnicas de administração. Elaborou, sobretudo, uma Pedagogia para a organização.

Ford também tinha idéias sobre o Homem que constituíam uma teoria pedagógica do trabalho. Ao aplicar os conceitos do Taylorismo, reduziu o trabalho a alguns gestos simples e fáceis de aprender na linha de produção, para eliminar a possibilidade de o trabalhador ter interrupções em seu esforço, acoplando-o à máquina. A formação oferecida se limitava a treinamento para o exercício instrumental da ocupação manual, na expressão de Kuenzer (2004, p. 4). O trabalho foi individualizado e racionalizado: um homem, uma máquina e uma operação. O parcelamento do trabalho significou que o trabalhador não precisava mais ser especialista, como era quando artesão. O trabalho foi desqualificado. O trabalhador tornava-se, cada vez mais, substituível (GOUNET, 2002, p. 13-25). O homem dos tempos modernos da Era Industrial se tornou alienado apêndice da máquina.

Ohno, na Toyota, atualizou Ford (BODEK, 1997, p. xii). Também instituiu um projeto pedagógico: o da especialização flexível, com base na multifuncionalidade especializada e polivalente, segundo o pensamento de Coriat (1994, p. 54 e 101). Antunes (1999, p. 26) tem percepção semelhante. O Sistema Ford e o Sistema Toyota se baseiam em fluxos, diz Ohno (1997, p. 69-70 e 105-119). O que difere é a eliminação do estoque, no último, com a conseqüente produção puxada e a eliminação do desperdício de mão-de-obra. O que importava

eram os padrões de trabalho para que o operário produzisse o máximo. Ford queria realizar o trabalho usando os melhores métodos. O Sistema Toyota de Produção trabalhava com a mesma idéia, mas intensificando o ritmo. O trabalho era racionalizado, mas coletivizado. Uma equipe atuava em um sistema de várias máquinas. Esse trabalho exigia competências para realizar diversas operações. Foi ressaltada a importância de capacitar o pessoal da produção para lidar com as mudanças e pensar flexivelmente. O objetivo era reduzir a força de trabalho utilizada e seus custos.

Essas formas de entender as organizações são problemáticas porque levam a decisões não relacionais para uma entidade que é, por natureza, relacional. A organização é um conjunto de relações sociais e o dever da gestão é favorecê-las. As concepções defendidas pelas perspectivas próximas do Taylorismo acham mais importante coisificar e quantificar que relacionar e humanizar. Negam o fato básico de que o conhecimento é socialmente produzido e deve ser dessa forma compartilhado. A organização ocorre entre pessoas; tem natureza intersubjetiva e interdependente. O modo de organizar estabelece padrão de influência recíproca. O gestor deve atuar nas relações, que são a base da existência da organização, para viabilizar a aprendizagem, dizem Davel e Vergara (2005, p. 10-13).

Cada organização é um espaço pedagógico que se estrutura em função do entendimento de quem é o ser humano e o profissional, e de como deve ser organizada a ação formadora para que a atuação se dê consoante os propósitos organizacionais. No entanto, o reconhecimento desse fato pelos gestores é fenômeno recente e ainda não generalizado. Porter (1989, p. 2 e 300) define que a vantagem competitiva surge do valor que a empresa (seus trabalhadores, portanto) consegue criar para o cliente. Como o valor só pode ser obtido por economias de

escala, por utilização da capacidade ou por aprendizagem, as vantagens, na organização do conhecimento, devem derivar das competências capazes de criar produtos e serviços de características superiores. Portanto, os profissionais da organização que quer vantagem competitiva devem estar dotados de competências superiores às dos concorrentes. Drucker (1998, p. 313) afirma que apenas pequena parte do potencial humano é aproveitada e posta a trabalhar em qualquer organização. Para liberar esse potencial e alcançar as competências superiores, é necessária a aprendizagem organizacional.

Braverman (1987, p. 41) entende que a humanização no trabalho não tem sido preocupação dos gestores. O trabalho como atividade proposital orientada pela inteligência é produto dos humanos. No entanto, estes violaram a unidade entre a concepção e a execução. A idéia de um pode ser executada por outro. A unidade de concepção e de execução rompida no indivíduo se restauraria no grupo, se não tivesse sido transformada em instrumento de poder para que uns prevaleçam como concebedores que impõem a outros serem apenas executores. Os gestores assumiram o imperativo fisiológico dos primeiros pensadores, através do entendimento de que o cérebro de uns deve mandar nos corpos dos demais. Tornou-se constituinte da mentalidade dos gestores a crença na incapacidade mental original do operário, o que deveria mantê-lo longe dos esforços de pensar a organização. O trabalho da inteligência foi separado da atividade manual. A gestão utilizava o monopólio do conhecimento para controlar o processo de trabalho. A gestão tornou-se elemento subjetivo e o trabalhador foi feito instrumento objetivo. O desenvolvimento dos meios de produção passou a se chocar com as relações sociais de produção, as quais se tornaram assimétricas e voltadas para a

rotinização. Como preferem dizer Davidow e Malone (1993, p. 183), a noção de trabalho incluía a falta de educação como filosofia do sistema.

As organizações têm se esmerado em controlar corpos e não em vitalizar potenciais mentais. As perspectivas de gestão se assentaram sobre esse modelo e ora se vêem desafiadas a migrar para outras abordagens. É necessário conceber a educação corporativa como a aprendizagem contínua operada no processo de trabalho, com foco nos objetivos organizacionais. As organizações estão na busca de modelos simples e práticos para operacionalizar a estratégia de gestão do conhecimento (DENGO, 2001, p. 38). Para Pereira e Santos (2001, p. 64), tal não se faz por meio de controle do conhecimento. Faz-se por meio de práticas de aprendizagem permanente, central para a renovação do conhecimento.

Duarte (2003, p. 14-15) alerta que a sociedade do conhecimento pode causar ilusões nos gestores: a) o conhecimento está acessível e democratizado; b) a mobilização do conhecimento é mais importante que a aquisição; c) o conhecimento é construção subjetiva; d) um conhecimento tem o mesmo valor que outro; e) o conhecimento é o caminho para a superação dos problemas.

A função pedagógica do gestor precisa ser enfatizada na organização que quer se perpetuar pela criação de competências. Não bastam práticas de treinamento. Como Albrecht (2003, p. 16 e 20-21) alerta, existe a possibilidade da estupidez coletiva em organizações em que sistemas e regras impossibilitam o pensamento criativo, construtivo e independente (estupidez no modelo de gestão) ou em que gestores impedem pessoas de pensar (estupidez na prática da gestão). Esses eram propósitos estratégicos rentáveis no início da Era Industrial. Nos tempos atuais, podem ser impeditivos da vantagem competitiva. Outra modalidade de

estupidez não indicada por ele é o investimento na sofisticação profissional de apenas alguns eleitos, de forma desconectada das competências.

Choo (2003, p. 28) destaca que uma aprendizagem importante é o do desaprender. Klein (1998, p. 10) registra que a organização deve incluir, no seu projeto de aprendizagem organizacional, a desaprendizagem de processos, técnicas e saberes já expirados. No mesmo sentido, são as afirmações de Hamel e Prahalad (1995, p. 190). Toffler (2001, p. 327) propõe que a educação ao longo da vida é algo natural na sociedade que surge. A sociedade do conhecimento é uma sociedade de aprendizagem. A inovação e o sucesso continuam dependendo da capacidade de os trabalhadores se manterem aprendendo, observa Hargreaves (2004, p. 34).

Figueiredo (2005, p. 70-83) indica dois tipos de processos de aprendizagem a serem trabalhados em organizações: os espontâneos e os motivados. O primeiro se passa nas equipes, através da imitação, da observação, da tentativa e erro, da experimentação, do questionamento, da especulação e de outras formas. O segundo se dá por abordagem direcionada. Em ambos os casos, o aprendiz não é o alvo para que se direciona o conhecimento. Caso se queira a organização participativa, ele tem que ser protagonista. Alertando para a inexistência de receitas prontas, sugere roteiro de um projeto pedagógico que permite ao gestor abordar positivamente as duas perspectivas:

- conhecer o mercado e os concorrentes;
- conhecer a organização;
- compreender onde está e onde pretende chegar;
- conhecer os clientes e os consumidores a alcançar;
- selecionar os alvos estratégicos;
- clarificar os propósitos;
- elaborar o plano de ação;
- mapear as competências disponíveis;
- apurar as competências necessárias;
- identificar os aprendizes;
- definir o projeto de aprendizagem.

Em síntese, aprendizagem organizacional é a capacidade de adquirir conhecimentos por meio dos profissionais através do trabalho em equipe e de modificar seu funcionamento de acordo com essa aprendizagem. A tarefa do líder é fazer da organização espaço pedagógico com processos contínuos de aprendizagem para desenvolver as competências adequadas aos processos. A gestão deve, ao mesmo tempo, permitir e não impedir a aprendizagem.

2.1.5 A inovação

Apesar de toda a discussão sobre o poder da mente e do capital intelectual, poucos gestores apreendem a verdadeira natureza da empresa criadora de conhecimentos e, muito menos, sabem administrá-la. Nonaka (2000, p. 27-49), ao apontar essa situação, menciona que, se a única certeza possível no ambiente de negócios é a incerteza, resta às organizações cuidar de criar competências para enfrentá-la e disseminá-las na organização. Drucker (1975, p. 863 e 880) afirma que toda administração frisa a necessidade de inovar, mas que poucas a organizam como atividade importante. Se, no Séc. XIX, a inovação era encargo do inventor, agora é atribuição de equipe multidisciplinar. Adiciona alerta para que não se entenda inovação como termo técnico; é, antes de tudo, termo social.

A empresa criadora de conhecimento tem a inovação contínua como propósito estratégico. A essência da inovação é a recriação do mundo a partir de uma nova forma de entendimento em que todos são inovadores, trabalhadores do conhecimento e empreendedores. Competência nova não vem de bancos de dados. Só se origina em pessoas. É fruto da aprendizagem. Esse tem que ser o cerne da estratégia de gestão de pessoas.

Inovação não deve ser entendida como lampejo de gênio. São raras as inovações advindas de *insights* súbitos, como que por revelação mágica. Inovação é elaboração baseada no trabalho de equipe, como prática sistemática que resulta da análise, da ação e do trabalho árduo. Para ser eficaz, precisa ser simples. Deve ser administrada, o que implica admitir que pode ser aprendida.

Inovação não é fácil de se conseguir, porque as organizações são estruturadas para operar os processos atuais. A organização deve ser reconfigurada, se quer estabelecer convivência com a mudança para inovar (CHRISTENSEN, 2001, p. 184-185).

Os gestores precisam ver os trabalhadores como investidores na organização. Da mesma forma, os trabalhadores precisam perceber-se como ativos da organização. Investem nela seu capital humano e buscam troca por seu investimento. A organização deve criar valor ao capital humano individual, porque este deprecia quando inerte. É desvantajoso à organização o *turnover* elevado e a falta de investimento em aprendizagem. A atribuição central do gestor é a de potencializar o desenvolvimento dos trabalhadores para a criação mútua de valor, propõe Davenport (1999, p. xii).

As inovações incrementais são importantes para a organização se manter no mercado. Contudo, não garantem a sobrevivência, diz Dornelas (2003, p. 26). Motta (1998, p. 140-151) especifica que o incrementalismo leva ao desenvolvimento organizacional pela introdução moderada e constante de novidades, independentemente de problemas ou de rupturas.

Inovações radicais (ou de ruptura, ou generativas, ou geradoras) são as que fazem avançar, ao destruir o valor das competências antes cultivadas (CHRISTENSEN, 2001, p. 34). O radicalismo, para ele, depende de mudanças

drásticas no *status quo* e presume a necessidade de romper a evolução natural. Inclui a contestação dos valores, práticas e atividades; a reconstrução da gestão com nova visão do futuro e a mobilização das pessoas para o novo empreendimento. As rupturas radicais são imprescindíveis em alguns momentos, mas a mudança incremental, contínua e permanente é útil como abertura às oportunidades. As duas são importantes para a vitalidade organizacional. Motta compara as duas perspectivas:

QUADRO 5 – PERSPECTIVAS RADICAL E INCREMENTAL DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL

PERSPECTIVA	RADICAL	INCREMENTAL
Premissa	▪ Mudança total	▪ Mudança progressiva
Origem	▪ Contraposição ao usual ▪ Ordem e estabilidade como ameaça	▪ Variações progressivas ▪ Ordem e instabilidade como fontes de mudança
Fonte do êxito	▪ Visão arrojada ▪ Conexão rápida entre imaginário e realidade	▪ Visão arrojada ▪ Cautela na conexão entre o imaginário e a realidade
Impacto	▪ Dramático, global, de curto e longo prazos	▪ Moderado e progressivo a longo prazo
Programação	▪ Mobilização das pessoas para a mudança radical	▪ Conquista das pessoas para a mudança espontânea e programada
Resistência	▪ Maior (ameaça radical ao status quo)	▪ Menor (preserva parte do status quo)

Fonte: Motta (1998, p. 146).

Christensen (2001, p. 239) entende que a inovação de ruptura é de alto risco, mas que fornece vantagens significativas aos pioneiros. A liderança em tecnologia significa o conjunto dos processos pelos quais uma organização transforma mão-de-obra, capital, materiais e informação em produtos e serviços. Essa liderança cria barreiras aos seguidores do líder ou aos copiadores de tecnologia; estabelece imagem e reputação de liderança na inovação que fideliza clientes; permite escolher posicionamento mais atrativo e obriga os restantes a ocuparem posições menos favoráveis; viabiliza economias de escala e experiência à frente dos competidores; dá poder negocial para impor o padrão no mercado.

Oliveira (2001, p. 206) sugere, no quadro reproduzido a seguir, posturas estratégicas decorrentes da relação dos diagnósticos de pontos fortes e fracos (internos) com ameaças e oportunidades (externas):

QUADRO 6 – TIPOS BÁSICOS DE POSTURA ESTRATÉGICA

DIAGNÓSTICO DE PREDOMINÂNCIA		INTERNO	
		Pontos fracos	Pontos Fortes
EXTERNO	Ameaças	Postura estratégica: - sobrevivência	Postura estratégica: - manutenção
		- redução de custos - desinvestimento - liquidação do negócio	- estabilidade - nicho - especialização
	Oportunidades	Postura estratégica: - crescimento	Postura estratégica: - desenvolvimento
		- inovação - internacionalização - joint venture - expansão	- de mercado - de produto - financeiro - de capacidades - de estabilidade - diversificação

Fonte: Adaptado de Oliveira (2001, p. 206)

Em síntese, inovação é criar conhecimentos, disseminá-los na organização e incorporá-los em tecnologias e produtos. É prática aprendida, sistemática e administrada que resulta de análise e trabalho árduo e gera produtos e serviços inéditos que conquistarão os clientes e produzirão a sustentação.

2.1.6 A aprendizagem para a inovação empreendedora

Tecnologia é palavra que tem encontrado, no senso comum, relação direta com máquinas e equipamentos. A organização moderna seria a que tem disponibilidade e faz uso da alta tecnologia. Porém, Waterman (1988, p. 15-18) indica que a tecnologia se encontra nas pessoas. Para que a organização adote uma tecnologia, as pessoas devem estar aptas. A atenção do gestor deve estar voltada para as competências das pessoas. O movimento dinâmico da realidade humana tende a tornar obsoletas algumas competências. As pessoas devem se

renovar adquirindo outras competências. Foster (1998, p. 22) lembra que muitos grandes negócios se tornaram pálida lembrança porque gestores imaginaram que poderiam continuar como sempre foram. Ele acredita que inovar é arriscado, mas que não inovar é mais arriscado ainda. As empresas que querem estar competitivas devem administrar sua verdadeira tecnologia que é a competência das pessoas. Se o ambiente é incerto e não avisa quando vai mudar, as pessoas devem conectar a aprendizagem interativa à busca da inovação, de forma explícita e consciente.

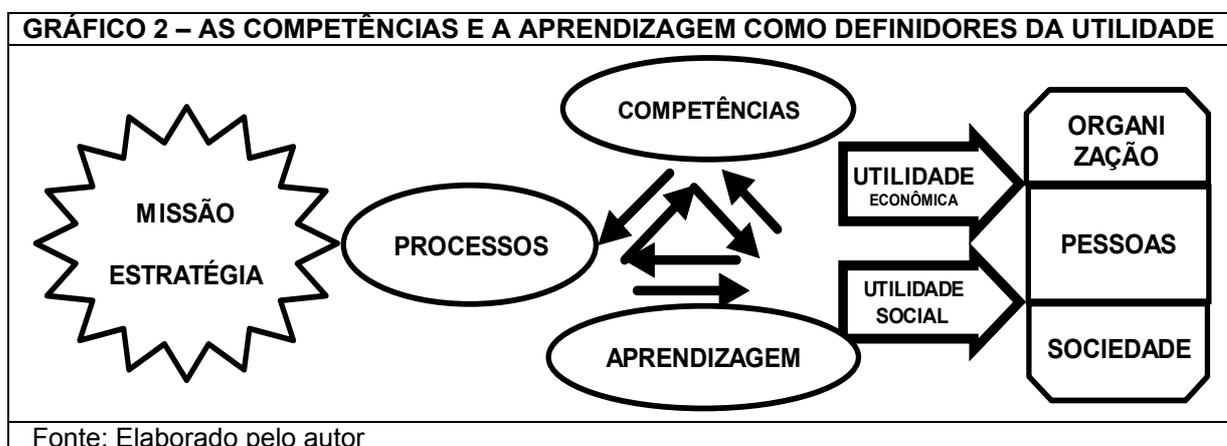
Drucker (1987, p. 10) afirma que a gestão organizacional é tecnologia recente que consiste na aplicação do conhecimento ao trabalho. Mais que Ciência ou Arte, a gestão é Pragmática que deve servir de veículo para a alteração de conhecimentos, habilidades e atitudes. As raízes da gestão acham-se, segundo ele, na época da I Guerra Mundial e seu desenvolvimento ocorreu depois de 1955, com impacto maior sobre a realidade humana que outro progresso científico, a ponto de a sociedade tornar-se sociedade de organizações. No entanto, falta aprender muito sobre a gestão, sobretudo sobre a do conhecimento. Apesar dos avanços, nos hospitais, até 1970, havia recusa a muito do que dizia respeito a gestão, porque se cultivava o entendimento de que o hospital não era lugar de negócio, mas de exercício da profissão médica. O hospital não era lugar de gestão. Menos ainda, de gestão empreendedora.

2.1.7 A gestão de competências

Brandão (2005, no prelo) vincula o significado original do termo competência (do Direito da Idade Média) ao poder para julgar e sentenciar pessoas. Derivado para o senso comum, ligou-se à capacidade de realização das pessoas.

No Taylorismo, passou a designar o bom desempenho de uma atividade, aferível em realizações e resultados para pessoas, organização e sociedade.

Competência é utilidade. O profissional competente é o que produz utilidade ao criar excelência para o cliente e resultados para a organização. O profissional só pode ser competente se a organização for competente. Do profissional, se requer conhecimentos, habilidades e atitudes afinados com a missão organizacional. A organização deve oferecer, em troca, compromissos, desafios e oportunidades. A intersecção desse conjunto de elementos define uma área comum de utilidade que se tem denominado competência. A tarefa do gestor é a de buscar, pela aprendizagem, essa utilidade para os investidores na organização (valor ao cliente; resultado ao capitalista; satisfação ao colaborador).



A integração sinérgica do conhecimento (saber o quê e saber por quê), da habilidade (saber como) e da atitude (saber querer) define a possibilidade de ampliação e de maximização da área de utilidade. Estendendo-se essa percepção para o coletivo de competências que é a organização, tem-se clareza do poder dessa ferramenta e a importância de sua gestão pela aprendizagem.

A gestão de pessoas deixou de buscar o controle tutelar e valoriza, sempre mais, o desenvolvimento de competências, de acordo com Dutra (2001, p. 26). A competência multidisciplinar deve ser entendida como a aproximação de conhecimentos especializados de diversos tipos, para construção de habilidades integradas com amparo em atitudes de cooperação, entendimento, diálogo e discussão positiva.

Zarifian (2001, p. 67-76) vincula a competência à iniciativa e ao assumir responsabilidade diante de situações profissionais. É o envolvimento pessoal com o trabalho, vendo-o como não dependente de ordens e vinculado a busca pessoal.

A competência se revela no entendimento prático de situações, com apoio em conhecimentos adquiridos. Na ótica da organização, é a faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações, fazendo com que compartilhem as implicações de suas ações, assumindo co-responsabilidades.

Zarifian (2003, p. 23-27) propôs um modelo aplicativo para a gestão das competências, que se configura em etapas: a) explicitar a estratégia com relação a recursos e a clientes; b) explicitar as escolhas de ação; c) definir as competências (técnicas, de gestão, de inovação, do cliente); d) analisar as situações de domínio profissional e as atividades formadoras; e) facilitar a iniciativa, a responsabilidade e a cooperação. As propostas desse autor foram integradas à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9394/1996, a qual trata da educação profissional sob a ótica das competências, com abordagem que ultrapassa o nível do domínio operacional do fazer.

O desenvolvimento de competências requer a incorporação dos valores inerentes à cultura da autonomia no trabalho e na tomada de decisões, bem como a

apreensão do saber tecnológico vinculado à prática profissional. É necessária a inteligência no trabalho, para o desempenho competente.

Fleury e Fleury (2001, p. 11) propõem um modelo de abordagem (Modelo EAC), que expressa estreita vinculação entre estratégia, aprendizagem e competências. Não basta definir a estratégia. Têm que haver concomitante definição das competências necessárias para implementá-las, e a adoção da perspectiva da aprendizagem correspondente.

Esses não eram os requisitos do Taylorismo. O modelo taylorista buscava tornar iguais os trabalhadores, com base na formação escolar. A qualificação era extrínseca ao indivíduo. Buscava formá-lo (colocá-lo em uma forma). Eram recusadas a criatividade, a iniciativa e a subjetividade. A sabedoria popular (pedagogia do povo) expressava, como regra para a presença na organização, a afirmação de que “manda quem pode e obedece quem tem juízo”. Os operários eram colocados como iguais diante do trabalho. Função igual equivalia a trabalho igual e a salário igual. A incerteza atual demanda novo perfil do trabalhador. A flexibilização nas relações é condição para que ele se torne responsável, com sua equipe, pela qualidade do trabalho (DUGUÉ, 2004, p. 19).

Para Band (1997, p. xvi-xix), a organização pode ser fornecedora de valor superior se desenvolver dez competências prioritárias:

- atender a critérios de qualidade, custo e tempo do cliente;
- redesenhar os processos do negócio;
- atualizar a arquitetura da empresa;
- criar ambiente de trabalho com alto envolvimento;
- estabelecer parceria com clientes, fornecedores e concorrentes;
- alinhar a estratégia à busca das competências;
- criar a organização que aprende;
- atuar sobre o processo de mudança.

Dutra (2001, p. 28 e 37) define que competência é conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessário para que a pessoa realize suas

atribuições e responsabilidades. Se as organizações têm que se posicionar, os profissionais também têm que tomar consciência do interesse que lhes é pertinente de ampliar suas competências para contribuir para sua posição atual na organização ou para garantir a mobilidade profissional (BOTERF, 2003, p. 15).

Wood e Picarelli (2004, p. 71-72) recomendam que a remuneração se faça por competências. Consideram que a remuneração por cargo, por função ou por titulação não traduz o melhor critério para premiar o desempenho superior que cria valor e excelência. As definições de competências devem ser claras; as competências devem ser observáveis e certificáveis e os padrões de aferição devem ser evidenciados.

2.1.8 Aprendizagens colaborativas para competências em saúde

A Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e o Centro Interamericano de Pesquisa e Documentação sobre Formação Profissional (Cinterfor) publicaram trabalho conjunto sobre competência profissional no setor de Saúde (BARRENNE e ZUNIGA, 2004) em que definem as competências como o ponto de partida para a formação profissional em Saúde, seja nas atividades escolares ou nas relações de trabalho. Os processos de aprendizagem, na visão da OPS e do Cinterfor, devem ser dirigidos às competências que as pessoas aplicarão no trabalho. O foco é o processo de trabalho e o método é o das aprendizagens colaborativas.

Cabral (2000, p. 227-247), em revisão da literatura sobre a aprendizagem organizacional, propõe que a sustentação do desempenho financeiro nas organizações requer novas âncoras, tais como inovação, qualidade e flexibilidade. O papel do líder organizacional passa a ser o cuidar da aprendizagem organizacional, porque o diferencial competitivo tem nela a sua origem, sendo seus componentes a

inovação gerencial, o pensamento sistêmico, a melhoria da qualidade, a decisão baseada em fatos e o *empowerment*. Para ele, a aprendizagem organizacional é um conjunto dinâmico, integrado e multidisciplinar de processos de criação, disseminação e utilização de conhecimentos. Não se busca a mera correção de desalinhamentos em competências, mas a compreensão e a superação das causas dos problemas para que ocorra a deuteroprendizagem (ou o aprender a aprender). Porém, Cabral traz o apoio de Weick e Westley (2004, p. 361-388) para defender a idéia de que organizar e aprender são processos intrinsecamente opostos, antitéticos e antagônicos. Esses dois autores querem ver um oxímoro, um paradoxo ou uma contradição na expressão aprendizagem organizacional.

Neste estudo, trabalha-se com a opção epistemológica oposta de que aprender e organizar são processos dialéticos de união incessante de aspectos tornados oponentes sem o serem. Injustificadamente, Weick e Westley dizem necessária a distinção entre aprendizagem organizacional e individual, vistas por eles como independentes. Embora seja verdadeiro que a aprendizagem ocorre sempre em qualquer modelo de gestão, há necessidade de escolha por um modelo, pelas conseqüências diferentes de cada um. Essa opção é fundamental porque demarca um modo de entender o mundo, o ser humano e suas relações.

Seja a opção pedagógica behaviorista, cognitivista ou interacionista (veja 2.1.4), a aprendizagem é inerente ao ser humano. A opção interacionista e dialética deste trabalho reconhece, como propõe Bakhtin (1997, p. 256-275), que não há humanidade no ser isolado. Ela está somente na polifonia das relações.

A aprendizagem inovadora é impossível de forma plena nos modelos pedagógicos não relacionais que excluem a humanidade do indivíduo ao torná-lo sujeito (= submetido) ou objeto. É necessária opção que fortaleça o protagonismo do

indivíduo, no sentido proposto por Cabral (2000, p. 234). Ele é agente que constitui e é constituído interativamente. Não é monológico; tem natureza polifônica.

Rodrigues (2004, p. 34), ao discutir as práticas de gestão como práticas de aprendizagem, aponta que o modelo de gestão pode negar ou afirmar a condição de humanidade do indivíduo. Ele alerta para a falta de destaque que a teoria da organização dá à competência do gestor para educar. A produção artesanal da época medieval era conduzida pelo gestor, cuja função era a de ensinar. Na produção industrial, o gestor passa a manter a subordinação. Na produção pós-industrial, o gestor deve passar a líder. A criatividade não pode ser ordenada, o que demanda trabalhar junto. A gestão deixa de ser contra ou sobre e passa a ser com pessoas.

2.1.9 O programa de qualidade total no hospital

A aprendizagem organizacional e a criação do conhecimento nas organizações têm sua filosofia originada diretamente na Gestão da Qualidade Total (GQT), diz Senge (1998, p. 13).

A Gestão da Qualidade Total é ferramenta de gestão estruturada nas práticas japonesas. Qualidade é a correspondência que um produto ou um serviço tem com as expectativas do cliente, em termos de atendimento ou de superação de sua necessidade. A Gestão da Qualidade Total busca desenvolver e operar processos de trabalho capazes de projetar, produzir e entregar produtos ou serviços de qualidade. Requer a criação e a implementação de arquitetura organizacional que motiva, apóia e possibilita a participação e o trabalho em equipe e mudanças fundamentais na maneira de a organização tradicional funcionar, em particular

quanto a crenças, valores, pressupostos, papéis, conhecimentos, comportamentos, educação e treinamento (HEILPERN e NADLER, 1993, p. 119-135).

A base do processo é o atendimento das expectativas dos clientes da melhor forma na primeira vez, para provocar a fidelidade e manter o nível de competitividade. A GQT diz respeito a engajar todos os colaboradores no aprimoramento do desempenho, a partir dos postulados da Teoria da Qualidade. Para Berk e Berk (1997, p. 21), é mais um processo que um programa, pois deve levar à melhoria contínua. Para isso, destacam a importância da delegação de poderes e da aprendizagem permanente integrada aos processos.

Qualidade é obra de decisões e ações. Precisa ser trabalhada de forma consciente. Os esforços direcionados para o objetivo demandam atenção a todo o sistema de transformação (a adequação de entradas, entregas, armazenamento, transformações e como o produto/serviço é entregue).

Main (1994, p. 312-313) alertava para a rejeição instintiva da qualidade por alguns profissionais especializados (dentre os quais cita os médicos), porque não gostariam de receber ordens. Ponderava, no entanto, que a Medicina não é praticada apenas pelos médicos. É um sistema amplo que envolve enfermeiras, administradores, serventes, pessoal de manutenção, farmácias, seguradoras, e outros. Em seu entendimento, algumas profissões vão sendo desmistificadas. Mais importante é o cliente/usuário, centro do processo. Diferenças de custo, desempenho e resolutividade entre hospitais são as justificativas para a necessidade e a oportunidade de intervenções transformadoras.

Trabalho em equipe, colaboração e cooperação são básicos para o trabalho em saúde e a resolutividade em seus resultados. A parceria em saúde deve envolver médicos, psicólogos, enfermeiros, além de outras categorias, como

assistentes sociais, por exemplo. Cada uma deve ter a mesma influência nas decisões. Os diagnósticos e as abordagens de tratamento multidisciplinares são vistos como carregados de maior sabedoria.

O cuidado à saúde é trabalho coletivo e multidisciplinar. A atuação solo do médico está chegando ao fim, porque envolvida em equipes em consultórios, clínicas, laboratórios e em hospitais. A Medicina praticada por consenso é melhor do que a emanada do individualismo. A Gestão da Qualidade Total é, em essência, trabalho de equipe multidisciplinar, ponderam Mello e Camargo (1998, p. 36-38).

Em síntese, a Gestão da Qualidade Total é o desenvolvimento e a operação de processos de trabalho capazes de projetar, produzir e de entregar produtos ou serviços de qualidade. Requer participação e trabalho em equipe. É filosofia de gestão baseada na aprendizagem direcionada, de forma consciente, para a melhoria contínua das competências para a satisfação do cliente.

2.1.10 A organização hospitalar

Os serviços de saúde executam processos para obter excelência clínica e administrativa para beneficiar os pacientes (MEZZOMO, 2001, p. 106). Os hospitais são organizações baseadas em conhecimento e compostos, operacionalmente, por especialistas que, historicamente, têm dirigido e disciplinado o próprio desempenho. Têm grande vinculação com a tecnologia. Equipes de especialistas se agrupam em forças-tarefa e convivem com estruturas tradicionais de departamentos. Têm problemas gerenciais a respeito de como motivar e recompensar os profissionais, desenvolver sua visão unificada e integrá-los em equipes. Dependem de estruturas cada vez mais horizontais, com administração central e especialistas na base operacional. Há poucos gerentes intermediários, escreve Drucker (2000, p. 9-26). No

Brasil, no entanto, as organizações de saúde ainda são recortadas por outra lógica: departamentos, divisões e seções montadas segundo profissões (corpo clínico de médicos, serviços de enfermagem e outros), alerta Campos (1998, p. 864).

O cuidado à saúde envolve a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação. Todas essas tarefas são realizadas no hospital moderno. Porém, a recuperação da saúde é a de que se encarrega com maior ênfase. Procura solucionar problemas de que não deram conta as instâncias preventivas. O hospital é um universo complexo. Cada atividade representa a diferença entre a vida e a morte, entre o bem-estar e o sofrimento. O conjunto multifacetado de tarefas exige, dos gestores, capacidade de liderança, lógica, bom senso, habilidade, iniciativa, serenidade, sensatez e ética. Devem coordenar, de forma harmoniosa e equilibrada, os participantes, se quiserem resolutividade e excelência para os usuários e sustentabilidade para a organização.

É inerente à natureza da organização hospitalar a atividade de educação e pesquisa. O hospital é o espaço da educação continuada, explica Malagón-Londoño (2003, p. 6-9). É a aprendizagem permanente o diferencial que qualifica e determina a eficiência, a eficácia, a efetividade e a resolutividade da ação hospitalar. O valor surge de profunda especialização que leva à excelência, dizem Teisberg e Porter (2004, p. 55-67). Adquirir singularidade em saúde exige mudança da mentalidade do custo para a do valor, este localizado no direito do cliente. Não é possível excelência universal em saúde. É necessária a escolha de competências em que se tem qualidades superiores para a concorrência em cuidados particularizados.

2.1.10.1 A Saúde e a Previdência Social no Brasil

A previdência particular da saúde, no Brasil, teve grande desenvolvimento a partir de 1933, notadamente com os institutos dos marítimos, dos bancários, dos

comerciários e dos industriários. A evolução do sistema previdenciário enfatizou a assistência médica a partir de 1960, com a Lei Orgânica da Previdência Social. Durante o regime militar de 1964, foi criado o INPS e a estrutura centralizada da Previdência Social, eliminando a participação dos usuários na gestão e aumentando de preços de contribuição. Surgiu também o complexo hospitalar da Previdência Social, com muitos contratados e conveniados (FONTINELE, 2003, p. 6).

Em 1942, a saúde pública passou a ter políticas minimamente estruturadas. O então Ministério da Educação e Saúde foi autorizado, pelo Decreto 4275, a organizar o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Em 1953, a Lei 1920 criou o Ministério da Saúde. Em 1954, a União estabelece a Escola Nacional de Saúde Pública. Em 1961, a Reunião Especial do Conselho Interamericano Econômico e Social da OEA reconheceu a saúde como essencial ao desenvolvimento e enfatizou a necessidade de definição de objetivos nacionais de bem-estar, democracia e segurança. O Decreto 49974 instituiu o Código Nacional de Saúde. Em 1965, o INPS substituiu os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões.

Em 1970, é fundada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e criado o Instituto Nacional de Produção de Medicamentos. Em 1974, o II Plano Nacional de Desenvolvimento, na área da saúde, definiu o Ministério da Saúde como normativo e com ação executiva voltada para o interesse coletivo. O Ministério da Assistência e Previdência Social tem atuação médico-assistencial individualizada. O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) é criado em 1974, através da Lei 6025. Em 1975, a Lei 6.229 criou o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu os campos institucionais da saúde coletiva e da saúde das pessoas.

Em 1980, é criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PrevSaúde). Em 1987, implantou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em 1988, a Assembléia Constituinte aprovou a criação do Sistema Único de Saúde. Em 1989, o Inamps é transferido para o Ministério da Saúde. Em 1990, é promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), que dispunha sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três níveis do Governo (Ministério da Saúde, 1993). Instituiu ainda o Sistema Único de Saúde.

Na década de 1990, surgiram seguros/planos de saúde como fenômeno ligado à lógica neoliberal de mercado (LUSSARI e SCHMIDT, 2003, p. 104-108).

Em 1990, a Portaria 896 e a Resolução 227 implantam o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS). A Lei 8142 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. Em 1991, é criada a Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Em 1993, a Portaria 545 aprovou a Norma Operacional Básica 01/93, regulamentando o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Lei 8689, de 1993, extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Em 1994, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde.

Em 1995, é criado o Instituto Brasileiro de Acreditação Hospitalar. A Lei 9311/1996 institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), com a finalidade do

custeio da saúde. Em 1997, foi criado o Projeto Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus), para a recuperação física e tecnológica da rede de serviços e o desenvolvimento da capacidade de gestão.

Em 1998, foi implantado o Piso de Atenção Básica (PAB), que marcou transformação no modelo de financiamento da atenção básica. O PAB se constitui no montante de recursos financeiros destinados exclusivamente para ações básicas de saúde, independentemente de sua natureza (de prevenção, promoção ou recuperação). Os recursos podem ser utilizados para custeio de despesas correntes, aquisição de materiais permanentes ou construção ou reforma de unidades. Os recursos têm origem no Fundo Nacional de Saúde.

A Lei 9961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e definiu sua finalidade, estrutura, atribuições e receitas. Em 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde Sérgio Arouca discutiu o tema “Saúde. Um direito de todos e dever do Estado” com dez eixos temáticos: direito à saúde; a seguridade social; intersetorialidade das ações; os três níveis de Governo e a construção do SUS; a organização da atenção à saúde; gestão participativa; o trabalho na saúde; ciência e tecnologia; o financiamento; comunicação e informação. Em 2004, foi lançado o Programa HumanizaSUS, com proposta de gestão participativa, substituindo a autoridade pela liderança e passando o poder de decisão para as equipes. Coloca a exigência de comunicação aberta, práticas democráticas de diálogo e discussão e práticas de aprendizagem organizacional (MOTTA, 2000, p. 121-135).

2.1.10.2 Os hospitais e a gestão hospitalar no mundo

A saúde, os cuidados médicos e os serviços hospitalares são direitos universais do homem, conforme a Declaração Universal dos Direitos do Homem

(ONU, 1948, art. 25). A Declaração de Princípios da OMS expressa que a saúde é essencial para o desenvolvimento social e econômico, sendo prioridade, para os profissionais da saúde, a acumulação do conhecimento sobre as melhores práticas e o exercício da aprendizagem compartilhada (OMS, 1997).

Até recentemente, prevaleceu, com relação aos hospitais, o entendimento de que não eram empresas. Eram espaços de fazer caridade, para com os quais a sociedade tinha obrigações, porquanto ali eram resolvidos problemas para a sociedade. Drucker (2003, p. 22) registrou que os responsáveis pelos hospitais rejeitavam qualquer coisa que fosse rotulada de administração. Administração era para empresas. Hospital, para eles, não era empresa. Nos hospitais, prevalecia o individualismo da competência técnica do médico. Dizem Sloan e Chmel (1996, p. 48) que o verdadeiro trabalho de equipe é uma idéia nova nos serviços de saúde e que as coisas não estão tão diferentes do modo como Hipócrates praticava “a arte” há mais de 2.500 anos. No entanto, afirmam que trabalho em equipe, cooperação e colaboração são essenciais para a abordagem da qualidade na saúde.

2.1.10.3 Os hospitais e a gestão hospitalar no Brasil

Há, no Brasil, cerca de sete mil hospitais. O Ministério da Saúde busca qualificar e padronizar as ações dessa indústria e profissionalizar sua gestão.

A história das políticas de saúde no Brasil é marcada por permanente desfilar de problemas. Na sua origem, a saúde pública buscava debelar epidemias. O hospital era lugar em que se cuidava do desvalido, normalmente um escravo. Não era visto como lugar de produção de bem-estar e de recuperação da saúde. A doença era vista como castigo a pecadores e a morte pertencia a Deus, que dava a vida e a tirava. Karasch (2000, p. 189-194) afirmou que, no Rio de Janeiro, capital da

Colônia e do Império, os abastados preferiam ser tratados em casa porque o hospital da Santa Casa era lugar de disseminação de doenças, depósito de escravo doente e espaço de espera da morte. Em 1830, morriam ali, por mês, de 700 a 880 africanos. Escravos ainda com restos de vida eram jogados, por seus donos, no cemitério da Santa Casa. Os mortos eram atirados ali em valas comuns, onde jaziam insepultos e em decomposição.

O Estado se omitia, não se envolvendo de forma decidida por ver o assunto como problema da sociedade em termos de caridade e de misericórdia. O modelo de organização hospitalar, por sua vez, se fundamentava no conceito de que a caridade e a misericórdia deviam ser práticas dos cidadãos de bem. O acesso aos recursos públicos era tratado de forma personalista. Para solucionar a questão da sustentação econômica e financeira do hospital, se buscava contar com a presença de pessoas proeminentes na sociedade, capazes de exercer influência política na obtenção de recursos e de defender contra “incursões de autoridades civis e eclesiásticas nos privilégios” da Irmandade (PEREIRA, 2000, p. xiv).

Os hospitais de caridade pediam e o Estado dava auxílio. As Santas Casas tinham envolvimento mais direto com a caridade, com a filantropia, com o asilo para pobres, idosos, órfãos e loucos que com a saúde.

No início do Período Imperial, os critérios para uma comunidade ascender de vila a cidade eram relacionados a ter grande povoação; lugar para o culto divino; paço para a prefeitura, acomodações para o júri e cadeia segura. Não era requisito a existência de hospital. Os poderes públicos não se envolviam na gestão ordenada da saúde. Governadores Provinciais atestavam às Assembléias que a Saúde andava a Deus e à ventura e pediam que fossem votadas ajudas às Santas Casas para melhorar sua “sorte”.

As Irmandades não tinham forças sem auxílio dos cofres públicos. A filantropia particular não bastava. As rendas das Santas Casas vinham das jóias dos irmãos, de esmolas e de aluguéis de prédios eventualmente recebidos em doação. Os médicos eram pouquíssimos. O hospital, em geral, tinha acanhadas proporções, sem acomodações apropriadas e sem o material necessário. Já no limiar do Séc. XX, se discutia a necessidade do apoio do Poder Público para construção e manutenção de hospitais, em consequência do aumento da população. Quando havia, hospitais lutavam com dificuldades. Era quase que regra a receita não bastar para as despesas. Os hospitais recebiam paliativos (como rendas de loterias). A Polícia exigia, dos agentes de saúde, esforços para os quais não estavam aparelhados, particularmente dos hospitais psiquiátricos. Sem ter onde cuidar portadores de transtornos mentais, a polícia reclamava, aos governantes, se um hospital se recusava a recolher essas pessoas.

Do início da República em diante, os gestores públicos passaram a assumir posicionamentos mais diretos e objetivos, criando comissões públicas para construção de obras para a saúde. Reproduzindo práticas dos Períodos Colonial e Imperial, os hospícios davam atendimento a portadores de transtornos mentais, mas também eram obrigados a receber idosos, mendigos, vagabundos e delinquentes. Os hospícios não eram locais de luta por saúde e bem-estar. Eram apenas prisões.

2.1.10.4 A organização hospitalar filantrópica no Brasil atual

A organização hospitalar filantrópica é responsável por 132.000 leitos no Brasil. Filantrópico é o hospital certificado pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) como Entidade Beneficente de Assistência Social. A condição é que utilize 60% ou mais de sua capacidade no atendimento através do SUS, sem

finalidade de lucro, voltadas para desenvolver a qualidade de vida do cidadão, por generosidade dos empresários e da classe médica. São 1.917 hospitais, importantes para a política de atenção hospitalar no Brasil. O Ministério da Saúde e o BNDES constataram a necessidade de aperfeiçoamento gerencial nesse segmento para criar condições de melhorias substanciais no atendimento à população (BNDES, 2005).

Lima et al. (2004, p. 1249-1261) afirmam que a gestão é incipiente em 83% dos hospitais com menos de 600 leitos que prestam serviços ao SUS. O processo de decisão é dado como preocupante porque não estão desenvolvidos instrumentos gerenciais básicos, o que leva a riscos de falência. Há problemas específicos na gestão de pessoas.

Os hospitais filantrópicos apresentam heterogeneidade nas estruturas gerenciais, tecnológicas, assistenciais e nas clientela. Cumprem desde funções básicas de saúde até práticas de última geração e elevado grau de complexidade.

O SUS busca ampliar a capacidade de atendimento, através do fortalecimento e modernização dos hospitais, pela redução dos custos, aumento da eficiência e otimização das instalações. O BNDES financia a reestruturação do endividamento bancário e com fornecedores; a recuperação do capital de giro próprio; o aumento de eficiência e a otimização de instalações.

2.1.10.5 A organização psiquiátrica e o portador de transtorno mental

A Psiquiatria é o instrumento social para lidar com o transtorno mental. Historicamente, tem refletido a mentalidade da sociedade incrustada na cultura. A loucura é um evento histórico. Teve diversas interpretações como fenômeno social, nem sempre como doença. Predominou, desde a Antigüidade, uma caracterização mágica ou religiosa, dando-a como obra do demônio. Até metade do Séc. XIX, as

doenças orgânicas eram vistas como desordens que causavam alterações visíveis no corpo. As doenças mentais foram inventadas. Eram doenças que aconteciam às pessoas, sem evidências organicamente observáveis. Logo, eram percebidas como tendo algo de feitiçaria (SZAJS, 1984, p. 15; 1979, p. 24-26).

Até a Era Industrial, havia tolerância para com os sofrendores de transtorno. Era comum serem vistos como crianças ou inocentes, recebidos com reverência e tratados de modo caridoso, sendo alimentados e vestidos. As terapêuticas tinham característica de ritual. Após o Feudalismo, os loucos passaram a ser vistos como vagabundos ameaçadores. Antes entendidos como pobres, passaram a ser tratados como parasitas que recusavam o trabalho. Daí para a prisão foi um percurso fácil, porque a marginalidade devia ser punida. Assim, os hospícios da Modernidade aplicavam tratamento moral, com grilhões e sacrifícios. Buscavam proteger os normais, separando os estranhos, diz Serrano (1992, p. 7-20).

Frayze-Pereira (1982, p. 45-104) menciona que, com o sucesso da Revolução Industrial, no final do Séc. XIX, a doença mental tornou-se elaboração cultural em que o grupo sadio criou o louco como problema social e como doença segregável. Generalizou-se a sociedade disciplinar, de característica totalizante. Se, nas organizações empresariais, era intensa a busca por controlar as pessoas, o modelo se generalizou numa sociedade do controle. Criou-se, para menores, reformatórios; para velhos, asilos; para vagabundos, cadeia; para criminosos, penitenciárias; para pobres, santas casas. Para os loucos, foram criados hospícios, que trancavam pessoas. As dimensões da vida foram circunscritas a local único, com atividades obrigatórias, controladas e coletivas (GOFFMAN, 1974, p. 13-23), resultando em cronificação, institucionalização e perda de individualidade.

Se a fase primitiva dos cuidados da doença mental tinha caráter religioso (rituais de caridade) e a fase medieval, caráter moral (apartação para domesticar o desviado), a fase racional teve caráter manicomial (isolamento, vigilância e punição), com suas tecnologias (cadeiras giratórias, hidroterapia, choques insulínicos, drogas convulsivas, camisas de força, camas com amarras, celas fortes, choques elétricos). Nessa fase, a doença mental passou a ser assunto médico. O psiquiatra ocupou o centro do processo. Por deter conhecimento técnico, tornou-se titular do poder clínico e administrativo. O mestre da loucura passou a ter um sobre-poder, segundo Foucault (2000, p. 122). No dizer de Mannoni (1978, p. 19), o hospital psiquiátrico se tornou prisão e o psiquiatra, carcereiro.

Pinel, na França, ainda na segunda metade do Séc. XVIII, deu início a um esforço de mudança da prática asilar. Ao longo de décadas, muitos buscaram práticas menos excludentes, segundo Foucault (2000, p. 132). Silva (1979) apontou diversos desses pioneiros, com destaque para Ferrus e Esquirol (França, primeira metade do Séc. XIX); Dix (EUA, meados do Séc. XIX); Beers (EUA, primeira metade do Séc. XX). Na Itália, a partir da década de 1960, Basaglia desenvolveu reflexões e realizou transformações no ambiente manicomial que foram copiadas pelo mundo. Koda (2002, p. 40-52) relata o esforço de desconstrução do modelo clínico de gestão do hospital manicomial. Basaglia recusou a instituição manicomial caracterizadora do hospital psiquiátrico e a Psiquiatria enquanto ciência baseada na abdicação da busca do bem-estar para o enfermo.

O isolamento manicomial revelou-se ineficaz em termos terapêuticos no Brasil, tendo sido mais prisão e centro de tortura que de produção da saúde. Servia a fins políticos, mais que a clínicos (CAMPOS, 2000, p. 126). Para eliminar tal situação, a Lei Federal 10.216/2001 determinou a eliminação do hospital asilar, com

internação apenas em hospital geral quando esgotadas alternativas extra-hospitalares, por ordem e com orientação médica, sob acompanhamento do Ministério Público. Essa Lei definiu que o hospital tem que oferecer assistência integral (médica, social, psicológica, ocupacional, de lazer e outras) para oferecer resolutividade e propiciar retorno rápido ao convívio social.

A Organização Mundial de Saúde constatou o fracasso dos manicômios em todo o mundo, por maus tratos, isolamento profissional e espacial, insuficiente prestação de contas, gestão deficiente, má administração, falta de treinamento e inadequado controle de qualidade (OMS, 2001). Os hospitais psiquiátricos vêm sendo fechados de forma progressiva.

A OMS define o novo modelo de atenção como comunitário. O atendimento de casos agudos deve ser feito em hospital geral. Aos demais enfermos, vêm sendo disponibilizados diagnóstico e tratamento individualizado; diversificação de serviços; coordenação entre profissionais da saúde e organismos da comunidade; tratamentos ambulatoriais e em domicílio, bem como residências terapêuticas. A filosofia é a da manutenção do enfermo na comunidade, buscando-se seu bem-estar com a preservação da condição de cidadão.

O Paraná antecipou-se em seis anos às mudanças nacionais. Influenciado por relatos de problemas em manicômios do Brasil, por debates provocados pelas idéias de Foucault, Guattari, Castel e Basaglia e pelos questionamentos assumidos, no final da década de 1970, pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. O legislador do Paraná, em 1995, aprovou a Lei 11.189, dispondo sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares. Essa lei especifica a substituição do sistema hospitalocêntrico por rede integrada de serviços de assistência sanitária e social, como ambulatórios, emergências psiquiátricas em

hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares. Instituiu os Conselhos Estadual e Municipal de Saúde Mental e as Comissões de Saúde Mental vinculadas aos conselhos, para realizar estudos de política de saúde Mental nos municípios e o desenvolvimento das ações de Saúde Mental. Dispositivo importante é o que especifica que o tratamento deve ser baseado em projeto escrito individual de cuidados, discutido com o enfermo, regularmente revisto e atualizado pela equipe de cuidados.

A primeira tentativa estruturada de regular as internações psiquiátricas com o objetivo de obter redução na quantidade e na duração do internamento em Curitiba deu-se em 1986. As iniciativas anteriores foram raras e esparsas.

Em 1944, foi criado um ambulatório do Estado. Na década de 1970, o Governo brasileiro passou a militar pelo fortalecimento da modalidade asilar. Em Curitiba, foram criados três novos hospitais psiquiátricos. A partir de 1980, foram criados outros ambulatórios pelo Governo do Estado e alguns particulares. Em 1991, o Conselho Municipal de Saúde aprovou o Projeto de Atendimento Globalizado à Saúde com Inclusão de Aspectos Concernentes à Saúde Mental. As equipes voltadas para esse trabalho teriam um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. Apenas a partir de 1994 se começa a ter políticas mais definidas, inclusive com desenvolvimento de Curso de Especialização em Saúde Mental Comunitária, através da PUCPR. Os transtornos em Psiquiatria eram, nessa época, a segunda maior causa de internamento pelo SUS.

Atualmente, o modelo público de atenção ao transtorno mental em Curitiba começa com o atendimento ambulatorial em unidades básicas de saúde. O paciente

é avaliado pelo médico clínico e recebe orientação para a seqüência do tratamento. Se vinculado ao programa, passa a contar com cuidados da equipe de saúde mental, medicamentos e visita de agentes comunitários. Além das unidades básicas de saúde, porta de acesso para vinculação e acompanhamento, o sistema tem cinco pronto-atendimentos (PA) para emergências e urgências; oito ambulatórios oferecem consultas individuais (em psiquiatria e psicoterapia) ou de grupo, feitas por médico, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional; oito Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um deles infantil, para quem tem dificuldade em participar de atividades na família, comunidade e trabalho; e quatro hospitais-dia. Há atividades terapêuticas para o portador de transtorno mental e seus familiares e são fornecidos medicamentos. Há, ainda, cinco hospitais psiquiátricos para casos de impossibilidade de tratamento sem internação integral, ainda que temporária (VENETIKIDES et al., 2003, p. 23-32).

2.1.10.6 As origens das Santas Casas de Misericórdia

A idéia matriz das Irmandades das Santas Casas e de seus hospitais foi o cuidado gratuito aos miseráveis. Seu propósito era a prática da caridade. Sua base conceitual era o amor fraternal cristão ao semelhante fragilizado. O Cristianismo tem fundamentos religiosos, filosóficos e éticos construídos no ideal da caridade como expressão do amor. Já nos tempos de Moisés, os fiéis eram concitados a abrirem a mão para aliviar a necessidade dos pobres. Jesus ensinava o cuidado aos fracos e excluídos, determinando que incumbia ao apóstolo curar enfermos, limpar leprosos, expulsar demônios e ressuscitar mortos (MATEUS, cap. 10, vers. 6-8).

Na Idade Média, a Igreja Católica era a principal responsável pelas Casas de Caridade (BLACK, 2003, p. 50). A partir do Séc. XI, foram criadas Irmandades de

Caridade na Itália e em outros países. Guerras, fome e pestes incontroláveis dizimavam multidões. A generosidade levava à criação de leprosários, albergues e hospedarias, particularmente junto a mosteiros e a igrejas. Entende Pereira (2000, p. xii-xvi) que o desenvolvimento do espírito caritativo e filantrópico foi moldado nessa realidade e resultou nas Irmandades e em suas atividades.

Em Portugal, a Rainha Regente Leonor de Lencastre, esposa do Rei Dom João II, com auxílio do padre Miguel de Contreiras, na Capela de Nossa Senhora da Piedade, fundou, em 1498, a Irmandade de Nossa Senhora Mãe de Deus Virgem Maria de Misericórdia, depois denominada Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, a primeira de muitas Irmandades. Ponte (2004) afirma que existem Santas Casas de Misericórdia na Argentina, em Angola, no Brasil, na Espanha, na Índia, em Macau, em Moçambique, em Portugal, em São Tomé e Príncipe, em Timor Leste, na Ucrânia e em outros países.

2.1.10.7 As Santas Casas de Misericórdia e a Saúde no Brasil

No Brasil, as Irmandades das Santas Casas nasceram quase com o descobrimento, antes mesmo de o Brasil ser constituído Colônia ou de aqui existir um Estado. Datam de 1539, com a Santa Casa de Olinda. Seguiu-se, em 1543, a de Santos, fundada por Brás Cubas, ainda em funcionamento. Estão presentes em 14 Estados do Brasil. Durante o Período Colonial, os Compromissos das Irmandades das Santas Casas de Misericórdia tinham que seguir o modelo da Irmandade da Santa Casa de Lisboa e receber o Alvará do Rei. A vinda de Dom João VI manteve essa política. No Império, a gestão da saúde foi delegada às Assembléias Provinciais. Com a República, as Santas Casas deixaram de estar submetidas a tutela governamental, assumindo caráter comunitário. Contudo, nunca puderam

prescindir de aportes de recursos públicos, prática que se mantém. Ao tratar do Planejamento Estratégico do ano de 2001, a Aliança Saúde destaca as ações para captação de recursos financeiros a fundo perdido, oriundos de emendas parlamentares ao Orçamento da União. Recebeu, nesse ano, do Ministério da Saúde, R\$ 700 mil para a Santa Casa e R\$ 700 mil para o Hospital Universitário Cajuru.

Algumas das Santas Casas mais antigas no Brasil são as de Santos (1543); Salvador (1549); Rio de Janeiro (1567); Paranaguá (1852); e Curitiba (1853), quase todas em atividade. A de Paranaguá foi adquirida pelo Estado em 2004.

As principais áreas de atuação das Santas Casas de Misericórdia no Brasil têm sido os serviços médico-hospitalares (medicina curativa) direcionados aos pobres e indígenas; assistência social a órfãos, idosos e doentes mentais; socorro a vítimas de epidemias e catástrofes; pesquisa médica e residências).

Em 2002, as Santas Casas foram responsáveis por 37% dos internamentos hospitalares e 48% dos atendimentos ambulatoriais do SUS. Atenderam a 38% dos partos, a 62% dos asilos destinados para idosos e a 65% de creches para crianças pobres. Têm 450 mil empregados diretos e 140 mil médicos autônomos. Segundo Ponte (2004), as Santas Casas estão em situação pré-falimentar, por contingenciamento orçamentário do Governo.

2.1.10.8 A política de formação permanente do pessoal da saúde

A formação dos profissionais da saúde, no Brasil, é preocupação governamental e alvo de ações conjuntas entre o Ministério da Saúde e da Educação. O Ministério da Saúde aponta novas exigências da gestão da saúde, dizendo ser necessária formação pedagógica que compreenda a gestão como

componente da mudança. O objetivo é a educação permanente das equipes, com enfoque em metodologias ativas de ensino-aprendizagem críticas e humanísticas. Pretende que os profissionais da área hospitalar possam superar as práticas tradicionais, por meio de equipes de alta qualificação.

2.2 INVESTIGAÇÕES RELACIONADAS AO TEMA E AO PROBLEMA

O tema e o problema de pesquisa propõem a investigação da adoção de um modelo de gestão empreendedora e como ela impacta as práticas de aprendizagem no processo de mudança em uma organização hospitalar.

O Ministério da Saúde (2004) está pesquisando caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para assegurar Educação Permanente no SUS.

Ferraresi (2003) pesquisou as práticas de gestão do conhecimento no Hospital Universitário Cajuru e o valor do cliente, tendo diagnosticado a inadequação da política de treinamento e desenvolvimento profissional dos empregados.

Lopes e Regis (2004, p. 62-75) estudaram o desafio da gestão de serviços de saúde pública, sob o ponto de vista da motivação humana no trabalho e concluíram que a gestão adequada de instituições de saúde tem como componentes a formação diferenciada e o desenvolvimento do espírito empreendedor.

Cunha (2003) pesquisou a dinâmica da gerência em um serviço substitutivo de saúde mental, identificando a importância da abertura para a participação nos processos decisórios.

Bertussi (2002) pesquisou o desenvolvimento gerencial em saúde nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Curitiba, apontando a ocorrência do desenvolvimento organizacional parcial.

Keller (2003) pesquisou a atuação dos médicos como gestores e suas relações com a gestão, apontando a necessidade de que busquem novos referenciais que ultrapassem apenas as competências técnicas.

Grieves e Matheus (1997, p. 88-98) indicam que as organizações de serviço enfrentam grandes incertezas e ambigüidades e requerem foco na aprendizagem para fazer frente a eles.

3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada na realização do projeto é apresentada a seguir.

3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A adoção de um modelo de Gestão Empreendedora traz, como requisito, a inovação como rotina da organização, através de políticas e práticas permanentes de aprendizagem capazes de propiciar a criação, a invenção e a disseminação de conhecimentos. Impõe que a aprendizagem se fundamente na produção das competências para dar conta dos processos produtores de valor para o cliente.

A pesquisa realizada permitiu analisar como a adoção de um modelo de gestão empreendedora impactou a aprendizagem organizacional na organização hospitalar em estudo.

3.1.1 Perguntas de pesquisa

A pesquisa buscou respostas para as seguintes perguntas:

- Qual o modelo de gestão praticado na organização hospitalar sob análise no período antecedente à adoção de um modelo de gestão empreendedora?
- Quais as características do modelo de gestão empreendedora adotado na organização hospitalar sob análise?
- Quais eram as práticas de aprendizagem, na organização hospitalar sob análise, no período anterior à adoção do modelo de gestão empreendedora?
- Quais as práticas de aprendizagem a partir da adoção do modelo de gestão empreendedora na organização hospitalar sob análise?
- Como a adoção de um modelo de gestão empreendedora impacta a aprendizagem organizacional em uma organização hospitalar?

3.1.2 Definição constitutiva e operacional das categorias analíticas

As definições constitutivas apontam os significados conceituais que os termos apontados recebem no desenvolvimento do trabalho, a partir dos referenciais indicados. As definições operacionais apontam os critérios de mensuração aplicados para caracterizar as relações dos dados levantados com as definições constitutivas.

3.1.2.1 Modelo de gestão

a) Definição constitutiva

Modelo de gestão é o corpo de conhecimentos, compreendido como o conjunto de conceitos, práticas, princípios, técnicas e explicações, orientado por filosofia central, que define a concepção, orienta o modo de funcionamento dos

elementos constituintes da organização e permite operacionalizar as atividades internas e externas (PEREIRA, 1995, p. 4; PEREIRA e SANTOS, 2001, p. 47).

b) Definição Operacional

O modelo de gestão é analisado sob o ponto de vista da estrutura, da tecnologia, das tarefas e das pessoas, da estratégia, das funções organizacionais e administrativas, bem como dos resultados (SANTOS et al., 2001, p. 46).

3.1.2.2 Gestão empreendedora

a) Definição constitutiva:

Gestão empreendedora é o modelo de gestão que tem o empreendimento como dever e trabalha de forma disciplinada para praticá-lo, adotando diretrizes e práticas em quatro áreas para criar o clima empreendedor. A mudança é vista como oportunidade; a inovação é acolhida de modo receptivo; a organização se volta para o trabalho empreendedor. Há medição sistemática do desempenho; a aprendizagem integrada busca o melhor desempenho. Há práticas específicas relacionadas à flexibilização da estrutura; à provisão do pessoal; à gerência; à remuneração; aos incentivos e às recompensas. As unidades administrativas são separadas das unidades empreendedoras; a inovação é buscada em áreas do negócio em que a organização tem diferencial competitivo; a iniciativa empreendedora é desenvolvida internamente na organização (DRUCKER, 2003, p. 209-210).

b) Definição Operacional

São analisados os componentes do sistema de gestão:

- liderança;
- constância de propósito;
- visão de futuro;
- foco no cliente e no mercado;

- responsabilidade social e ética;
- decisões baseadas em fatos;
- valorização e envolvimento das pessoas;
- organização e abordagem por processo;
- práticas de gestão com foco em resultados;
- práticas de qualidade com foco em resultados;
- inovação;
- agilidade;
- aprendizagem organizacional;
- visão sistêmica;
- segurança nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários;
- garantia de execução coerente das tarefas;
- melhoria em processos de assistência e procedimentos médico-sanitários;
- ciclos de melhoria em toda a organização de modo global e sistêmico;
- existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados;
- habilitação do corpo funcional;
- aferição do grau de satisfação dos clientes (internos e externos);
- programa institucional da qualidade e produtividade, com impacto sistêmico;
- sistema de informação consistente, baseado em taxas e indicadores.

3.1.2.3 Aprendizagem organizacional

a) Definição constitutiva:

Aprendizagem organizacional é a aprendizagem em equipe, através do alinhamento e desenvolvimento de competências para criar os resultados que os membros desejam, com base no desenvolvimento da visão compartilhada e da prática das disciplinas (SENGE, 1998, p. 263-264).

b) Definição Operacional

É analisado como se dá o processo dinâmico e permanente de aprendizagem e inovação em termos de:

l) domínio pessoal (conectividade):

- aplicação de conhecimentos;
- aplicação de habilidades;
- atuação criativa;
- atuação inovadora;
- trabalho em equipe;
- antecipação de problemas;

- negociação;
- autonomia no trabalho;
- crescimento pessoal;

II) modelos mentais (consciência crítica):

- atitudes;
- iniciativa;
- senso crítico;
- criatividade;
- inovação;
- projetos para o futuro;
- auto-estima;
- ambições;

III) construção da visão compartilhada (comunidade de propósito):

- promoção da participação em todos os aspectos do trabalho;
- valorização do trabalho em equipe;
- valorização da sinergia entre as equipes;
- equipes com metas definidas;
- equipes de alto desempenho;
- equipes multidisciplinares;
- promoção do desenvolvimento coletivo;
- promoção do bem-estar coletivo;
- promoção da satisfação coletiva;
- retenção dos talentos;
- criação de clima participativo;
- viabilização do alto desempenho;
- viabilização do clima agradável;
- viabilização do crescimento das pessoas;

IV) aprendizagem em equipe (alinhamento):

- melhoria contínua dos enfoques existentes;
- busca de grandes melhorias novas;
- introdução de inovações;
- estágios superiores de excelência;
- práticas inovadoras e refinadas;
- produtos inovadores e refinados;
- processos inovadores e refinados;
- ações corretivas;
- ações preventivas;
- ações inovadoras;
- aprendizagem com foco definido;
- cultura organizacional de aprendizagem internalizada;
- aprendizagem como parte do trabalho diário;
- motivação de pessoas para a excelência;
- auto-avaliação sistemática do modelo de gestão;
- melhoria das práticas gerenciais;
- inovação das práticas gerenciais;

V) pensamento sistêmico (interconectividade):

- liderança;
- estratégia e planos;
- clientes;
- sociedade;
- informações e conhecimento;
- pessoas;
- processos;
- resultados.

3.1.3 Definição constitutiva de termos considerados importantes na pesquisa

3.1.3.1 Acreditação hospitalar

A Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde (convênio de cooperação técnica entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa e a Organização Nacional de Acreditação) é método de estímulo, avaliação e certificação externa independente da qualidade de serviços de saúde, em duas dimensões: como processo educacional que introduz a cultura da Qualidade e que permite a implementação da gestão da qualidade.

A adesão é voluntária e a ênfase da avaliação é na qualidade do trabalho do profissional. O processo de acreditação hospitalar visa à formação de mentalidade voltada para a educação permanente dos que atuam em saúde.

A metodologia utiliza, como instrumento de Acreditação, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que possibilita a verificação e a avaliação de todos os serviços de um hospital, com o objetivo de prover assistência médico-hospitalar com excelência e resolutividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

3.1.3.2 Administração participativa

A Administração Participativa é o conjunto de sistemas, condições organizacionais e comportamentos que, sustentado nos pilares da participação de todos e comprometimento com resultados, incentiva a participação na administração. Valoriza o grupo informal; o comportamento humano no trabalho; o enriquecimento das tarefas como alternativa para reduzir a dicotomia entre as necessidades das pessoas e as das organizações. A maior proximidade entre as pessoas aumenta a intensidade emocional e estimula a participação; enfatiza a liderança participativa, as atividades coordenadas entre pessoas. A comunicação é a base da organização. Procura favorecer a auto-estima e superar conflitos do indivíduo e da organização. É posta ênfase no trabalho em equipe (PEREIRA, 1995, p. 24).

3.1.3.3 Aprendizagem

A aprendizagem é processo social dialógico e interativo de aprendizes e educadores, em que o indivíduo é agente da própria formação, em comunhão com os membros do círculo de relacionamento, através do domínio de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem interpretar e intervir de forma crítica na realidade, promover o desenvolvimento pessoal e a relação interpessoal (MEC, 2000, p. 42-44; BAKHTIN, 1981, p. 59; VYGOTSKY, 1991, p. 32-33; 65).

3.1.3.4 Competência

Competência é o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para dar conta dos desafios das situações profissionais e garantir um nível superior de desempenho no trabalho; pela iniciativa; pelo comportamento de

autonomia; pela solução prática de problemas, com iniciativa e responsabilidade (ZARIFIAN, 2003, p. 23-27; 2001, p. 67-76). A competência organizacional é a emergência da cooperação e da sinergia entre as competências individuais (BOTERF, 2003, p. 229), com capacidade de gerar resultados observáveis necessários ao alcance dos objetivos de negócio definidos no posicionamento estratégico (SANTOS et al., 2001, p. 35).

3.1.3.5 Educação permanente

A educação permanente é o processo de aquisição e desenvolvimento de novas competências, em função de saberes que se produz na sociedade e que exigem lidar com novas tecnologias e linguagens, novos ritmos e processos que mudam a relação entre conhecimento e trabalho (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2000, p. 34-35).

3.1.3.6 Gestão da aprendizagem organizacional

A gestão da aprendizagem organizacional é atividade com fim estratégico, sustentada em projeto pedagógico que estabelece processo contínuo de aprendizagem, orientada para as estratégias, focalizada no cliente e destinada a produzir as competências da organização (RODRIGUEZ, 2002, p. 446).

Zarifian (2001, p. 120-121) propõe o círculo virtuoso, pelo qual se vai das escolhas estratégicas, à identificação, desenvolvimento e aplicação de competências.

3.1.3.7 Inovação

Inovação é a busca deliberada da liderança no mercado, através da criação de produtos ou serviços simples e eficazes para os clientes e a produção da sustentabilidade por meio da análise e da ação, com aprendizagem de capacidades proativas (DRUCKER, 2003, p. 189-192; CHRISTENSEN, 2001, p. 184-185). Abrange inovações no modelo do negócio, na estrutura organizacional, nos processos, no foco do negócio, inovação em alianças, marketing ou estratégia.

A inovação adaptativa, incremental ou de melhoria é para sobreviver, por meio do kaizen, auto-aperfeiçoamento organizado e contínuo. A inovação generativa, de ruptura ou radical é a que amplia a capacidade de criar de forma organizada e sistemática (DRUCKER, 2003, p. 6; SENGE, 1998, p. 47).

3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

3.2.1 Delineamento da pesquisa

O método de pesquisa utilizado para a realização do trabalho foi o estudo de caso único, predominantemente qualitativo, com abordagem causal. O levantamento de dados foi do tipo seccional. A análise buscou identificar as características do modelo de gestão praticado na organização hospitalar sob estudo em período antecedente à implantação de modelo estratégico de gestão empreendedora, bem como no período posterior e suas relações causais de impacto sobre os processo de aprendizagem organizacional.

Demo (2002, p. 133-134) expõe que a pesquisa de fenômenos e processos humanos pode ser qualitativa. O acesso qualitativo se dá por captar

expressões quantitativas e pistas qualitativas, porque a profundidade da subjetividade nem sempre oferece representatividade estatística.

O estudo de caso, de acordo com Yin (2001, p. 19-27), é estratégia de pesquisa aplicável em muitas situações, nas quais se incluem estudos organizacionais e gerenciais. Afirma que o estudo de caso contribui, de forma inigualável, para a compreensão de fenômenos sociais complexos, inclusive de processos organizacionais e administrativos, por permitir a investigação ampla e significativa de eventos da vida real. O estudo de caso é estratégia que permite abordagem segura para tratar de questões envolvendo como e por quê, relativas a acontecimentos contemporâneos que podem ser focalizados de maneira explanatória a partir de levantamentos, especialmente quando as relações entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidas. Cooper e Schindler (2003, p. 130-131) atribuem um papel científico muito importante ao estudo de caso por representar desafio para uma teoria e por servir de fonte a novos constructos.

O estudo de caso é estratégia que se escolhe para o exame de acontecimentos contemporâneos sem manipulação de comportamentos. As técnicas de que se pode valer são a série sistemática de entrevistas, a observação direta, fontes de evidências originadas de documentos primários, secundários e outras. Para Yin (2001, p. 27 e 34), o poder diferenciador do estudo de caso é a capacidade de lidar com ampla variedade de evidências. O estudo de caso tem aplicação de destaque quando se quer explicar vínculos causais em intervenções complexas na vida real (explanação de implementação de um programa e de seus efeitos); ou descrever uma intervenção e o contexto em que ela ocorre; ilustrar tópicos em uma avaliação; ou avaliar um estudo de avaliação.

O estudo de caso único tem o objetivo de expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não de enumerar frequências (generalização estatística), diz Yin (2001, p. 29).

O estudo de caso pode ser baseado em levantamentos qualitativos ou quantitativos, bem como em qualquer mescla deles. Yin (2001, p. 34) adiciona que, na verdade, há uma grande e importante área comum entre eles. Cooper e Schindler (2003, p. 131) vêem aplicabilidade nas duas técnicas, embora destaquem a característica mais qualitativa da abordagem. A propósito do caráter qualitativo da pesquisa, Vieira (2004, p. 18) reconhece que há críticas à sua subjetividade, que contrastaria com a objetividade da pesquisa quantitativa. Argumenta que procedimentos metodológicos garantem seu caráter de cientificidade, até mesmo pela possibilidade de sua replicação.

A análise é feita no nível organizacional. A unidade de análise envolve a Unidade Gerencial Agregada Hospital Nossa Senhora da Luz, destinada aos cuidados dos transtornos mentais. Justifica-se a escolha porque está passando por transformações no modelo de gestão administrativa como unidade integrante da Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa e vivenciando transformações no modelo de gestão assistencial dentro da nova política de saúde mental introduzida pela Lei Federal 10216/2001 e pela Lei Estadual do Paraná 11189/1995, que determinam o fim da terapêutica asilar, com medidas para desinstitucionalizar o enfermo.

O estudo de caso é modalidade de pesquisa aceita nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, para seu conhecimento amplo e detalhado, segundo afirma Gil (2002, p. 54). Antes visto como procedimento pouco rigoroso, hoje é acolhido como ferramenta para a investigação de fenômenos em seu contexto real, embora difícil

de realizar. Alerta que o estudo de caso não está submetido a parametrização metodológica rígida e que há pouca base para generalização. Destaca que sucessivos estudos têm ampliado possibilidades de confirmação e de generalização.

O estudo de caso com abordagem causal se dá quando objetiva identificar como variáveis de um processo produz mudança em variáveis de outro processo, segundo Cooper e Schindler (2003, p. 129 e 138). Dizem eles que, na pesquisa em administração, costuma-se achar que a relação causa-efeito é menos explícita. Há maior interesse em entender, explicar e controlar as relações dos que em descobrir suas causas. O levantamento de dados seccional buscou captar elementos da realidade organizacional caracterizadores dos momentos antecedentes e subseqüentes à adoção da gestão empreendedora.

3.2.2 População

A população da pesquisa foi composta pelos membros da organização focalizada (o Hospital Nossa Senhora da Luz) e por dirigentes da Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa, em Curitiba (PR).

3.2.3 A organização focalizada

O Hospital Nossa Senhora da Luz é uma Unidade Gerencial Agregada (UGA), unidade de negócio de saúde integrante da Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa. Originalmente mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, está voltado para o tratamento ativo de transtornos mentais, dependências químicas, reabilitação, ensino e pesquisa. Mais de 94% das consultas ambulatoriais e dos internamentos são provenientes de autorizações do SUS.

Fundado oficialmente em 1903, está em processo de transição de um centenário modelo hospitalocêntrico asilar manicomial para um modelo assistencial de serviços externos, baseado no atendimento ambulatorial, em oficinas terapêuticas e no hospital-dia. Tem cinco Unidades Psiquiátricas, uma Unidade de Tratamento de Drogas, um Ambulatório de Saúde Mental e o Hospital-dia.

Consoante o Relatório Anual 2003, tem 390 leitos para internamento e 60 leitos no Hospital-dia. Os empregados eram 371, dos quais 124 do grupamento de enfermagem. O corpo clínico era de 30 médicos. Havia 7 médicos-residentes. Eram 390 os estagiários acadêmicos da PUCPR.

3.2.3.1 A Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa

A Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa é parceria estratégica entre a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (mantida pela Associação Paranaense de Cultura) e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, formalizada em 23.09.1999. O convênio de cooperação tem o objetivo de integração estratégica, tática e operacional nas ações de assistência, ensino e pesquisa.

A Aliança Saúde está composta, de acordo com o Relatório Anual 2003, pelas Unidades de Negócio: Hospital Universitário Cajuru (mantido pela Associação Paranaense de Cultura); Clínicas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia e Psicologia (mantidas pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná); Laboratório Farmacêutico Cajuru (mantido pela Sociedade Paranaense de Cultura); Hospital da Caridade (mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba); Hospital Nossa Senhora da Luz (mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba); Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais (mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba); Plano de

Saúde Ideal (mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba); Hospital e Maternidade de Colombo (mantido pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba).

O quadro a seguir relaciona as Unidades da Aliança Saúde e das controladoras originais. A parceria, embora tenha outorgado o poder absoluto de gestão de todas as unidades hospitalares envolvidas à Associação Paranaense de Cultura, preservou as identidades organizacionais antecedentes:

QUADRO 7 - ORGANIZAÇÕES INTEGRANTES DA ALIANÇA SAÚDE

Controladora	Organização
APC	Hospital Universitário Cajuru
	Laboratório Farmacêutico Cajuru
ISCMC	Hospital da Caridade
	Hospital e Maternidade de Colombo
	Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais
	Hospital Nossa Senhora da Luz
	Plano de Saúde Ideal
PUCPR	Clínica integrada de Fisioterapia
	Clínica integrada de Fonoaudiologia
	Clínica integrada de Odontologia
	Clínica integrada de Psicologia

Fonte: Aliança Saúde, 2004.

3.2.3.2 A reestruturação administrativa no Hospital Nossa Senhora da Luz

O Projeto de Reestruturação Administrativa 2002 elaborado pela Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa foi estabelecido para realização dentro do cronograma de dez. 2002 até dez. 2006.

Teve o objetivo de transformar essa organização hospitalar pela introdução de novo modelo de gestão, denominado Gestão Empreendedora. Para isso, definiu a necessidade de realizar planejamento estratégico; descentralizar o processo decisório (administração participativa); incorporar estruturas inovadoras (unidades estratégicas de negócio); direcionar o foco ao processo; adotar parâmetros de aferição de qualidade; incrementar a produtividade; promover

descentralização administrativa; reduzir os níveis da estrutura hierárquica e viabilizar a aprendizagem organizacional.

3.2.4 A amostra

A amostra qualificada não probabilística estratificada para população finita (GIL, 1995, p. 95) foi composta por representantes de cada segmento profissional atuante no Hospital Nossa Senhora da Luz, o qual tinha, em 2004, 371 profissionais, distribuídos em uma estrutura básica de Direção Geral (26) e 3 Gerências de Macro-processos (Pacientes Externos: 28; Pacientes Internados: 162 e Apoio Administrativo: 155).

Os profissionais exerciam funções ou cargos indicados a seguir:

QUADRO 8 – EMPREGADOS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ EM 2004, POR FUNÇÕES

Analista administrativo	1	Enfermeiro supervisor	3
Assistente de faturamento	1	Escriturário	1
Assistente social	8	Farmacêutico	1
Atendente de Enfermagem	2	Gerente de Unidade Administrativa	1
Auxiliar administrativo	7	Gerente de Unidade Externa	1
Auxiliar de chácara	2	Médico	21
Auxiliar de Enfermagem	71	Medico do Trabalho	1
Auxiliar de escritório	9	Musicoterapeuta	4
Auxiliar de farmácia	9	Nutricionista	2
Auxiliar de Faturamento	1	Office-boy	1
Auxiliar de Horta	1	Operador de caldeira	5
Auxiliar de lavanderia	50	Porteiro	1
Auxiliar de manutenção	1	Professor	1
Auxiliar de Serviços Gerais	4	Psicólogo	13
Auxiliar de Portaria	2	Recepcionista	1
Auxiliar de limpeza e higienização	16	Relações públicas	1
Auxiliar de serviços de cozinha	15	Secretária	1
Coordenador de Projetos	2	Servente	58
Costureiro	4	Sub chefe	2
Cozinheiro	8	Supervisor	4
Dispenseiro	1	Técnico em Enfermagem	9
Encarregado de setor	6	Telefonista	3
Enfermeiro	7	Terapeuta ocupacional	8

Fonte: Hospital Nossa Senhora da Luz, 2004.

Os empregados achavam-se alocados em diversas unidades de negócio, denominadas Unidades Gerenciais Básicas, estruturadas em torno de processos especializados de trabalho:

QUADRO 9 - EMPREGADOS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ EM 2004, POR ATIVIDADES

Ambulatório	13	Oficinas Terapêuticas	6
Centro de Controle da Infecção Hospitalar	2	Posto 1 – Unidade de Internamento 1	40
Central de Internação	4	Posto 10 – Unidade de Internamento 10	30
Diretoria Técnica	8	Posto 2 – Unidade de Internamento 2	35
ESAG / SAC	3	Posto 4 – Unidade de Internamento 4	41
Faturamento	4	Processamento de Roupas	67
Gabinete da Diretoria	12	Recepção / Protocolo / Telefonia	6
Gerência de Pacientes Internados	16	Reinserção Social	1
Higienização	27	Secretaria Médica	1
Hospital-Dia	12	Serviço de Nutrição	32
Oficinas Terapêuticas	6	Serviços Corporativos	11

Fonte: Hospital Nossa Senhora da Luz, 2004.

A relação entre a quantidade de empregados (371) e a quantidade de internados (289) é de 1,28 empregados por internado, devido à crescente desospitalização e ao atendimento ambulatorial, no hospital-dia ou em oficinas terapêuticas. O ambulatório realizou, em 2004, média mensal de 2.300 consultas com psiquiatras, psicólogos e oficinas terapêuticas, individuais ou coletivas.

A amostra foi composta por dirigentes integrantes da Diretoria da Associação Paranaense de Cultura; da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba; da Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa; da Diretoria do Hospital Nossa Senhora da Luz; dos Gerentes de Macro-processos e Gerentes de Unidades Gerenciais Básicas do Hospital Nossa Senhora da Luz; e empregados do Hospital.

Foram realizadas 19 entrevistas semi-estruturadas com ocupantes de cargos de gestão estratégica e de nível tático. Um dos participantes foi entrevistado duas vezes. Alguns dos entrevistados ocupam ou ocuparam cargos de direção em mais de uma instituição.

Alguns não estão mais em atividade em uma ou mais das instituições da Aliança Saúde, mas ocuparam posições determinantes no período imediatamente antecedente ao processo de mudanças ou no seu início:

QUADRO 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENTREVISTADOS POR ORGANIZAÇÃO

Organização	Entrevistado																	
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
APC (SPC)			X			X			X				X					
PUCPR			X			X			X				X					
ISCMC		X	X			X		X	X		X							
AS	X		X	X	X				X	X		X						
HNSL				X			X								X	X	X	X
Externo														X				

Fonte: Elaborado a partir das entrevistas, 2004.

Foram também entrevistados 35 gestores e profissionais das áreas técnicas e de apoio administrativo com atuação em Unidades Gerenciais Básicas, sendo 16 vinculados à Gerência de Apoio Administrativo; 10 ligados à Gerência de Pacientes Externos e 9 ligados à Gerência de Pacientes Internos. Em cada gerência, foram escolhidos profissionais dos segmentos: de gestão, técnico-profissional e do apoio administrativo. As respostas foram baseadas em questionário fechado:

QUADRO 11 - SETOR DE TRABALHO DOS RESPONDENTES

ÁREA \ GERÊNCIA	Gestor de UGB	Técnico Profissional	Apoio Administrativo	Total
Apoio Administrativo	5	0	11	16
Pacientes Externos	2	8	0	10
Pacientes Internos	2	7	0	9
Total	9	15	11	35

Fonte: Elaborado a partir dos questionários, 2004.

Os entrevistados declararam ter os cargos ou as funções abaixo. Há 37 registros para 35 entrevistados porque dois dos nove Gestores de Unidade Gerencial Básica declararam que, além dos cargos de Gestores, exercem funções profissionais de psicólogo (um caso) e de musicoterapeuta (um caso):

QUADRO 12 - FUNÇÕES DOS ENTREVISTADOS

Assistente de faturamento	1	Gestor de UGB	9
Assistente social	2	Higienizador	1
Auxiliar de escritório	2	Médico Psiquiatra	4
Auxiliar de farmácia	1	Musicoterapeuta	3
Auxiliar de faturamento	1	Psicólogo	4
Auxiliar de lavanderia	2	Recepcionista	1
Encarregado de cozinha	2	Supervisor administrativo	1
Enfermeiro	2	Terapeuta ocupacional	1

Fonte: Elaborado a partir dos questionários, 2004.

3.2.5 Dados: tipos, coleta e tratamento

A pesquisa foi efetuada através da coleta de dados primários e de dados secundários. Foi utilizada grade de entrevistas com as principais dimensões do processo de mudança do modelo de gestão e dos processos de aprendizagem.

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com dirigentes do nível estratégico da unidade hospitalar enfocada. Foram buscadas opiniões, percepções, interpretações da realidade organizacional. O roteiro básico foi desenvolvido a partir das categorias de estudo propostas no projeto e dos elementos apurados em fontes secundárias. Segundo Flick (2004, p. 106), a entrevista semi-estruturada é uma das bases metodológicas da pesquisa qualitativa, com questões abertas como guia.

Foram utilizados questionários para levantamento de informações, opiniões e percepções do segmento amostral dos membros da unidade abordada. Yin (2001, 113) aponta que a entrevista com questões estruturadas constitui componente adicional no conjunto da avaliação. Os questionários continham 39 itens de levantamento de dados pessoais e profissionais e 100 questões com Escala Classificação Somatória de Likert de múltipla escolha e resposta única com seis dimensões de concordância/discordância, com as seguintes definições:

SIGLA	SIGNIFICADO	DEFINIÇÃO
NA	Não se aplica	Não se aplica no hospital. Não tenho conhecimento.
DT	Discordo totalmente	Não desenvolvido pelo hospital. Não há ações para o atendimento do item.
D	Discordo	Desenvolvimento inicial pelo hospital. Há planejamento de ações, com execução não sistemática/ não avaliada
NDNC	Não discordo Nem concordo	Desenvolvimento médio pelo hospital. Há planejamento de ações, Muitas já executadas e algumas avaliadas.
C	Concordo	Desenvolvimento adiantado. Ações executadas sistematicamente com evolução positiva para padronizar as ações.
CT	Concordo totalmente	Desenvolvimento completo. Ações executadas sistematicamente e padronizadamente dão base a novos desafios.

As 19 entrevistas semi-estruturadas e a aplicação dos 35 questionários se deram entre os meses de outubro a dezembro de 2004, sob compromisso de confidencialidade quanto a identificação pessoal individualizada de autores de respostas e consumiram 56 horas de atividades diretas. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador autor do estudo, sendo 12 delas em conjunto com Sônia Maria Capraro Alcântara, mestranda do Curso de Administração da PUCPR, turma de 2003, que realizava pesquisa voltada para as competências requeridas dos gestores nesse Hospital diante das mudanças no modelo de gestão.

As entrevistas foram gravadas e somaram 27 horas de fitas registradas; transcritas pelos entrevistadores, resultaram em 423 páginas de texto. Os 35 questionários foram aplicados pelo pesquisador em entrevistas estruturadas que demandaram 29 horas.

As 3.500 respostas ao questionário apresentaram os resultados percentuais indicados a seguir:

QUADRO 13 - RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS EM PERCENTUAL POR ALTERNATIVA

			%
NA	Não se aplica	Não se aplica no hospital. Não tenho conhecimento.	2
DT	Discordo totalmente	Não desenvolvido pelo hospital. Não há ações para o atendimento do item.	37
D	Discordo	Desenvolvimento inicial pelo hospital. Há planejamento de ações, com execução não sistemática/não avaliada	10
NDNC	Não discordo Nem concordo	Desenvolvimento médio pelo hospital. Há planejamento de ações, muitas já executadas e algumas avaliadas.	10
C	Concordo	Desenvolvimento adiantado. Ações executadas sistematicamente e com evolução positiva para padronizar as ações.	30
CT	Concordo totalmente	Desenvolvimento completo. Ações executadas sistematicamente e padronizadamente dão base a novos desafios.	8

Fonte: Questionários, 2004.

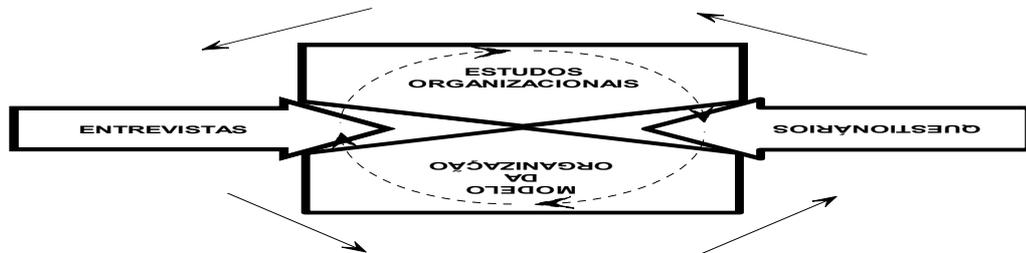
Os dados secundários foram colhidos em informativos, documentos e registros disponíveis nas instâncias de interesse na área da saúde, incluindo a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde, o SUS, o Governo Estadual e sua Secretaria da Saúde, o Governo Municipal e sua Secretaria da Saúde, a Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa, as instituidoras da Aliança (a Associação Paranaense de Cultura e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba), a organização abordada, e as bibliografias pertinentes.

O tratamento dos dados colhidos nas entrevistas semi-estruturadas foi feito por análise de conteúdo, para interpretação das comunicações (GIL, 1995, p. 163-164). O tratamento dos dados colhidos nos questionários feito através da aplicação de instrumentos de análise quantitativa e qualitativa, inclusive com aplicação de técnicas estatísticas, com a utilização dos aplicativos SPHINX[®] e ETEXT[®]. A análise dos dados secundários foi feita por meio da técnica de análise documental e análise bibliográfica (GIL, 2002, p. 64-80 e 87-89).

Yin (2001, p. 120-121) registra que a utilização de várias fontes de evidências é o fundamento lógico da triangulação. É importante checar o que é dito, celebrado e cristalizado com o que é feito, diz Minayo (2004, p. 230). A triangulação

(conceitos teóricos, registros institucionais, afirmações de gestores e opiniões de profissionais) teve a finalidade de convergir dados para identificar a consistência das informações e apurar especificidades das interpretações pelos sujeitos pesquisados.

GRÁFICO 3 - A TRIANGULAÇÃO DE DADOS



Fonte: Autor.

Fleury, Shinyashiki e Stevanato (1997, p. 287-289) mostram que a combinação de técnicas e análises cruzadas enseja o fortalecimento do estudo de caso. Permite fixar sua coerência e sua validade. Eles apontam os tipos básicos de triangulação: de dados; de investigadores; de perspectivas teóricas; metodológica (métodos distintos, ou múltiplas técnicas para coletar e interpretar). Flick (2004, p. 237-238) destaca a importância da triangulação para embasar, ampliar e completar as possibilidades de produção do conhecimento, bem como para validá-lo.

Este trabalho atende a critérios de validade (construtiva, interna e externa) e de confiabilidade indicados por Yin (2001, p. 55-60). A validade dos construtos tem como base a utilização de múltiplas fontes de evidências ponderadas pelo critério de triangulação e a discussão do relatório com informantes-chaves. As medidas estão parametrizadas na definição constitutiva e operacional das categorias analíticas.

A validade interna da análise de dados tem como base as proposições teóricas que levaram ao estudo de caso, com adequação da base empírica ao padrão conceitual, na relação da variável independente modelo de gestão empreendedora com a variável dependente processo de aprendizagem (YIN, 2001, p. 133-136).

A validade externa do estudo se sustenta na generalização analítica do conjunto particular ao conjunto teórico abrangente aplicado no estudo. A lógica da replicação permitirá que outros estudos (em um segundo ou mesmo em outros locais, no dizer de Yin, 2002, p. 59) estabeleçam a possibilidade de validade geral.

A confiabilidade se faz por intermédio do Protocolo de Estudo de caso anexado e do Banco de Dados do estudo arquivado, pelo autor da pesquisa, em volume específico.

4. O HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ - ESTUDO DE CASO

O Hospital Nossa Senhora da Luz foi criado em 1903 pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba como anexo da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Atualmente, é Unidade Gerencial Agregada (UGA), unidade de negócios de saúde integrante da Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa voltada para os cuidados de transtornos mentais, inclusive por dependência química.

O Hospital Nossa Senhora da Luz teve vários nomes ao longo de sua história. No quadro a seguir, são indicados esses nomes e os de entidades ligadas:

QUADRO 14 - NOMES DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ E CONEXOS

1857	Enfermaria de doidos no Hospital de Caridade
1880	Celas de alienados no Hospital da Santa Casa
1903	Asilo de Alienados Nossa Senhora da Luz
1916	Asilo de Nossa Senhora da Luz ou Hospício de Nossa Senhora da Luz
1937	Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz
1974	Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz e Hospital Psiquiátrico Dom Alberto
1992	Instituto Paranaense de Saúde Mental
1999	Instituto de Prevenção e Atenção às Drogas
1999	Hospital Nossa Senhora da Luz

Fonte: Hospital Nossa Senhora da Luz, 2004.

Curitiba existiu como vila de 1693 a 1848, quando foi elevada a cidade por Lei da Província de São Paulo. Com a independência política do Paraná em 1853, foi escolhida para capital provincial. Havia raros médicos na Província e, em Curitiba, apenas o doutor José Cândido da Silva Muricy, cirurgião militar da guarnição imperial. Não havia hospital. A Irmandade surgiu em 1843, antes da criação legal do Paraná. Não tinha recursos, porque vivia de esmolas, doações e subvenções.

A Santa Casa da Misericórdia de Curitiba, instalada em 1852, ainda não funcionava em 1858, embora já tivesse sede precária em residência doada. Apenas

a enfermaria de doidos foi ativada em um puxado nos fundos desse prédio. A sede definitiva da Santa Casa foi inaugurada em 1880. De 1880 a 1930, a sociedade escravista foi transformada em sociedade de trabalho livre. Operários vindos da Europa buscavam direitos, inclusive à saúde. O funcionamento era precário porque o sustento era baseado na caridade.

O Hospital Nossa Senhora da Luz era unidade externa da Santa Casa, sem autonomia e dela dependente. Em 1912, o Hospital da Santa Casa tornou-se local de residência médica do Curso de Medicina da Universidade do Paraná (futura Universidade Federal do Paraná), até que fosse inaugurado o Hospital de Clínicas na década de 1950. Desde o início de sua história, os dois hospitais enfrentaram desequilíbrios entre despesa e receita. As demandas aumentavam a cada ano.

A história oficial do Hospital Nossa Senhora da Luz teve início em 1903, quando foi inaugurado com o nome de Asilo de Alienados Nossa Senhora da Luz. O modelo de cuidados era asilar. Eram internados doentes mentais, vagabundos, mendigos, alienados, delinqüentes, viciados, idosos e indigentes, misturados com crianças e mulheres com transtornos. Havia superpovoação e falta de higiene. Proliferava a tuberculose. Não havia trabalho, passeios, jogos e entretenimentos.

Era prisão que utilizava casa forte e camisa de força. A pobreza de recursos decorria da insignificância dos auxílios. Na primeira década de atividades, 92% dos pacientes foram internados pela Polícia do Estado. A assistência à saúde como atividade do Estado passou, progressivamente, a ser reconhecida a partir de 1925, com aporte mais regular de pagamentos.

Os problemas de sustentação continuaram, sendo regra a escassez. Os déficits do Hospital Nossa Senhora da Luz eram cobertos pela Santa Casa ou por aportes extras do Governo Estadual.

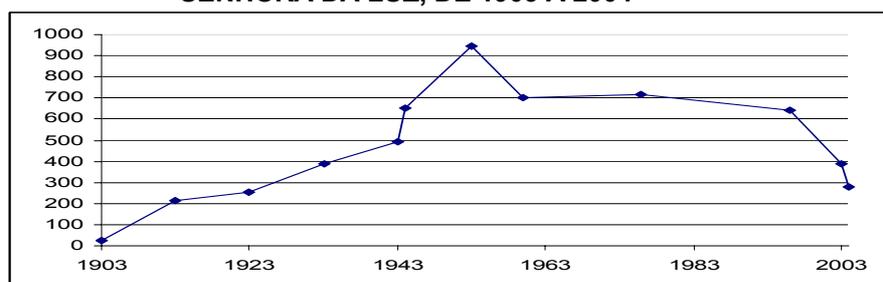
Durante o período de governo militar de 1964, a sustentação financeira provida pelo Governo Federal foi mais generosa, com registros de superávits. Em 1976, o Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz foi cindido em dois, um mantendo a denominação e outro com o nome de Hospital Psiquiátrico Dom Alberto, por exigência do INPS, que não admitia hospitais com mais de 500 leitos.

Os médicos sempre tiveram ampla autonomia. O hospital tinha dois setores: o administrativo e o clínico. O setor administrativo era subordinado à Direção Clínica. A criação e a desativação de estruturas ou mudanças de pessoas só podiam ser feitas com anuência do Diretor Clínico. Admissões ficavam a cargo da área clínica. Horários de trabalho também. Cabia à área médica a melhoria administrativa.

Os médicos não tinham vínculo de emprego e nem remuneração. Tinham liberdade para internar a cuidar de pacientes de convênios e particulares. Exerciam poder clínico e administrativo completo, cabendo à Irmandade provê-los de recursos. Os diretores eram médicos escolhidos por seus pares. O Regulamento do Corpo Clínico disciplinava os outros profissionais de maneira subordinada aos médicos.

A busca por internamentos aumentou até a década de 1990. Em 1903, foram 25; em 1913, 216; em 1923, 256; em 1933, 386; em 1943, 495; em 1953: 943; em 1960, 700; em 1976, 715; em 1996, 640; em 2003, 390; em 2004, 280:

GRÁFICO 4 - EVOLUÇÃO DOS INTERNAMENTOS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ, DE 1903 A 2004



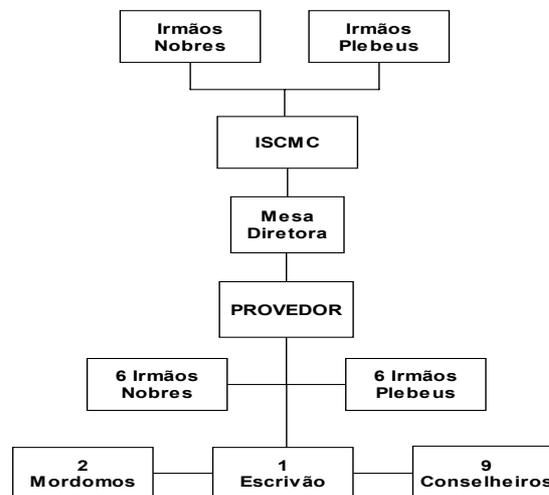
Fonte: Relatórios do Hospital Nossa Senhora da Luz e da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

Com o Movimento Antimanicomial na década de 1990, as Leis da Reforma Manicomial (de 1995 no Paraná e de 2001 no Brasil) e com a formação da Aliança Saúde (2000), foi iniciada a desospitalização e a redução da quantidade de leitos.

4.1 A GESTÃO DAS IRMANDADES DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA

Inicialmente, segundo Pereira (2000, p. 57), a Irmandade era composta por cem membros, em duas classes com mesmo número de componentes. De um lado, os irmãos nobres (gentis homens, profissionais e eclesiásticos), grupo de pessoas de melhor condição econômica. De outro lado, os irmãos não-nobres (plebeus), de condição econômico-financeira menor. Todos tinham que ter boa reputação, afirmar a crença em Deus e servir à Irmandade quando convocados.

QUADRO 15 - ORGANOGRAMA INICIAL DAS IRMANDADES DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA



Fonte: A partir de Pereira, 2000, p. 57.

A Mesa Diretora era formada por treze irmãos, seis de cada grupo (mais um Provedor), nobres, de elevada projeção social e portadoras de elevadas posses materiais, como se vê acima. Cabia a eles prover recursos materiais e defender a Irmandade, influenciando politicamente para obter dinheiro ou bens patrimoniais

junto a governantes. Os cargos eram disputados por conferirem prestígio. No Brasil, vice-reis, ministros e governadores serviram como provedores.

Um escrivão, dois mordomos e nove conselheiros eram os auxiliares do Provedor. Este tinha a obrigação de fazer pelo menos uma visita mensal ao hospital ou outras dependências para verificar a correta destinação dos recursos.

A missão era a das sete misericórdias corporais e das sete misericórdias espirituais, por intermédio de instituições de assistência social, médico-hospitalares, culturais, de ensino e de pesquisa, a partir do disposto na Bíblia Sagrada, em Mateus (cap. 25, vers. 35-40). Machado (1987, p. 13-14) reproduz o registro de tais obrigações do Compromisso da Santa Casa de Santos, de 1551:

O fundamento desta Santa Confraria e Irmandade é cumprir as obras de Misericórdia. É necessário saber as ditas obras, quais são: quatorze, sete espirituais e sete corporais. As sete espirituais são: a primeira, ensinar aos simples; a segunda, dar bom conselho a quem pede; a terceira: castigar os que erram; a quarta, consolar os penitentes desconsolados; a quinta, perdoar a quem nos criou; a sexta, sofrer injúrias com paciência; a sétima, rogar pelos vivos e pelos mortos. As sete corporais são as seguintes: a primeira é remir os cativos e visitar os presos; a segunda, curar os enfermos; a terceira, vestir os nus; a quarta, dar de comer aos famintos; a quinta, dar de beber a quem tem sede; a sexta, dar pousada aos peregrinos; a sétima, enterrar os finados (MACHADO, 1987, p. 13-14).

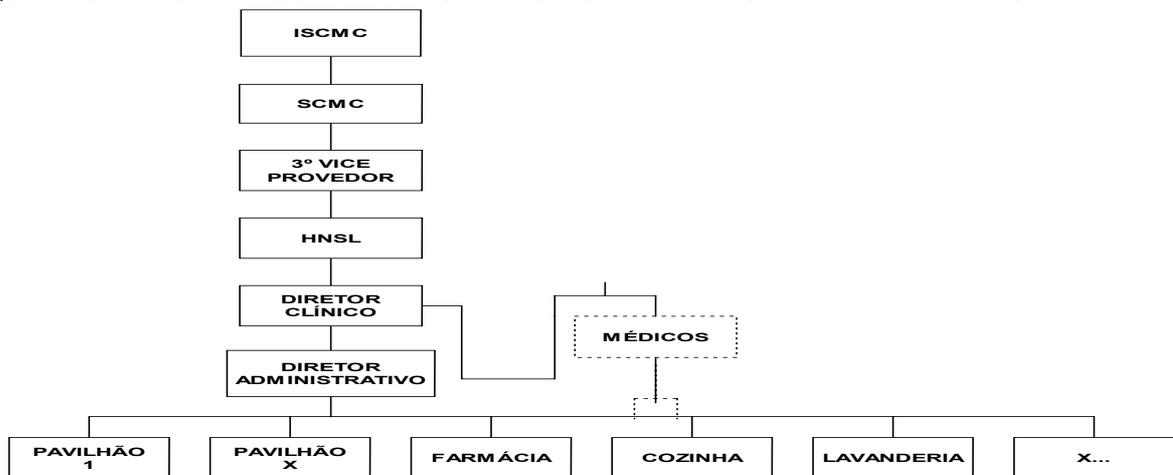
A gestão era feita enfrentando e superando, “com estoicismo”, dificuldades administrativas e financeiras. Ao longo da existência, as Santas Casas têm sido repassadas por crises políticas, administrativas e financeiras “indescritíveis”. No Brasil, a vinculação ao sistema público de saúde revelou-se falaciosa, ineficaz e até desastrosa, critica Pereira (2000, p. xxvi e 30).

4.2 A GESTÃO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ ATÉ 1999

O Hospital Nossa Senhora da Luz existiu, até 1999, como dependência externa da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba especializada em atendimento a portadores de transtornos mentais, a cargo de um 3º Vice-provedor. No seu

comando, estavam um Diretor Clínico e um Diretor Administrativo, este subordinado à Direção Clínica (vide organograma a seguir). O Diretor Clínico cuidava da área médica e o Diretor Administrativo cuidava dos pacientes internados e dos serviços de apoio administrativo, como cozinha, lavanderia, higienização. Até no início da década de 1990 e desde a inauguração, as Irmãs de São José de Chambéry foram encarregadas da direção administrativa geral e ainda dos pavilhões e unidades de serviços. A administração era entendida, até há pouco tempo, como atribuição da chefia da enfermagem, segundo Van Erven (1950, p. 26). As Irmãs pertencem a uma ordem religiosa fundada no Séc. XVII, na cidade de Lê Puy, na França, que se dedica a obras de caridade, notadamente com serviços em hospitais. Estão no Brasil desde 1858. Vieram para o Paraná em 1896.

QUADRO 16 – ORGANOGRAMA BÁSICO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ ATÉ 1999



Fonte: Elaborado a partir de relatório da Aliança Saúde, 2004.

Inaugurado o edifício da Santa Casa de Misericórdia em 1880, o Presidente da Província Carlos de Carvalho procurou “entregar o Hospital de Caridade às Irmãs”. A gestão passou a ser feita, pelas Irmãs de São José de Chambéry, no Hospital Nossa Senhora da Luz, desde 1903. A Irmã Superiora era a superintendente do Hospício, sob a autoridade do diretor clínico, detentor do comando efetivo.

Os relatórios anuais da gestão do Hospital Nossa Senhora da Luz remetidos à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia eram feitos pelo Diretor Clínico. No relatório de 1919, ao homenagear a superintendente, afirmava que não houve atritos entre os serviços clínicos e os administrativos. Outra Irmã era valorizada porque não tinha meias medidas no cumprimento do dever, sendo exemplo de fidelidade à regra. Mais uma é apontada como imprimindo qualquer coisa de militar nos seus atos administrativos por sua personalidade disciplinadora. É dado destaque aos seus proverbiais dotes de administração. Em 1926, outra Irmã (embora professora) exerceu as “delicadas funções de superiora, promovendo melhoramentos e racionalizando os serviços”.

Em 1916, o serviço interno dos hospitais continuava cargo das Irmãs. Além da administração geral do Hospital, eram titulares da gestão dos pavilhões. De 1842 a 1932, o serviço interno estava a cargo das Irmãs. Em 1953, a Irmã Superiora é referida como extraordinária administradora. Em 1956, o Hospital Nossa Senhora da Luz continuava a cargo da Irmãs de São José de Chambéry, com 943 internados (ARQUIDIOCESE DE CURITIBA, 1956, p. 295). Entre 1968 e 1969, uma superiora e mais 18 Irmãs ocupavam cargos de gestão na Santa Casa, enquanto que, no Hospital Psiquiátrico, estavam outra superiora e mais 16 Irmãs.

Em 1974, foi elaborado, “pela primeira vez na história da Irmandade”, orçamento financeiro, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento administrativo. “Foi uma conquista”, disse o Provedor Dalcol. No Relatório de 1974 e 1975, o Provedor Queiroz especificou à Assembléia da Irmandade que o Hospital Nossa Senhora da Luz tinha as Irmãs na Coordenadoria e na Chefia de Enfermagem, na Chefia dos Pavilhões 1 até 8, na Chefia do Pavilhão Rainha Leonor, na Chefia da Farmácia e na Chefia da Cozinha.

A Congregação das Irmãs (1978, p. 47-49), ao escrever sua história, registrou que, ao longo de sua presença no Hospital Psiquiátrico, “as Irmãs eram ali as chefes, com todos os direitos”, porque organizavam e distribuía as tarefas; contratavam funcionários; determinavam ou faziam as compras; além disso, realizavam também a gestão operacional. Comentaram que, diante de novas exigências hospitalares nos tempos mais recentes, passaram a ter, quase que exclusivamente, atividades de evangelização e enfermagem, passando o comando para não-religiosos. Desse período em diante, as referências às Irmãs vão rareando, havendo relatórios que não as mencionam.

O Provedor Christan, em cuja gestão se formalizou a Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa (1999), elogiou a eficiente administração das Irmãs e a ação polivalente e idealista na assistência de enfermagem (HOERNER, 2000, p. 18).

Formalizada a Aliança Saúde em 1999, a reconfiguração organizacional levou a separação de atribuições, com escolha de gestores administrativos ligados ao Diretor Administrativo e cargos técnicos conectados ao Diretor Técnico. Atualmente, restam poucas Irmãs em atividade. No Hospital Nossa Senhora da Luz, estão apenas duas, que atuam em atividades da Pastoral ou do Projeto de Humanização. Os Relatórios Anuais apresentados pela Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa nos anos de 2001 a 2003 silenciam sobre sua presença e sua contribuição atual.

4.3 A CRISE PERMANENTE

Segundo um dos entrevistados, a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e seu Hospital Nossa Senhora da Luz têm vivenciado, “desde sua criação, uma situação esquizofrênica”, um permanente conflito entre a vontade institucional e a

realidade ambiental. O termo foi utilizado para uma situação particular, mas recorda uma divisão que se tem estendido ao longo da história. Ballone (2004) define o termo “Esquizofrenia” como mente dividida, com dissociação entre a percepção e a realidade, que produz estranheza social pelo conflito com a realidade. Há redução da racionalidade e perda da liberdade de escapar às fantasias, por distorções do pensamento e da percepção. Mantém clara a consciência e a capacidade intelectual, mas sofre prejuízo severo que incapacita para as exigências da realidade.

Os Hospitais de Caridade têm carregado uma indefinição institucional ao longo de sua história porque assumem a nobre função de fazer a caridade, mas os seus membros não podem sustentar a missão; a sociedade não quer ou não pode fazê-lo; nem o Estado se sente compelido a assumir seu papel institucional de prover os recursos apropriados, já que o Hospital é, nesse sentido, privado.

Há conflito entre a missão e a realidade social. A missão diz que se deve atender aos menos favorecidos. Eles geram custos que vão além da capacidade de absorver. Há necessidade de atualizar o parque de equipamentos, de materiais, o que requer valores extremamente expressivos. Os equipamentos novos, nós estamos falando de alguns na faixa de milhões de dólares. Ou tem ou fica defasado (Entrevista 10, 2004).

As Santas Casas de Misericórdia têm estado em permanente crise no Brasil. Ao longo da história, prevaleceu essa realidade organizacional nos Hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba:

O hospital, todavia, ainda não funciona. A Irmandade dirigiu-se à Assembléia Geral Legislativa, pedindo a concessão de possuir em bens de raiz (ROHAN, 1856, p. 12-20; 85-87).

O crescimento da demanda traz despesas que não comportam as forças da Irmandade sem auxílio dos cofres públicos e da filantropia particular (CARVALHAES, 1857, p. 36-44).

Em 1861, a não ser um ou outro louco que ali foi entrado e que tem sido sustentado pelos cofres da Província, não consta que tratasse de enfermo algum a respectiva Irmandade. A mesa já havia caducado, sendo infrutíferas tentativas de eleição (VAN ERVEN, 1950, p. 5-6).

Senhores Deputados: auxiliem a Santa Casa de Misericórdia no seu humanitário empenho, porque faltam meios para rigoroso impulso; as rendas da Santa Casa constam apenas das jóias dos irmãos, esmolas, e aluguel de 2 prédios (LINS, 1876, p. 38-40).

Falta muito material de obra. O que tem chegado das mãos dessas boas almas não faz frente ao andamento dos trabalhos. O dinheiro previsto está vindo aos nacos (NEGRÃO, 1932, p. 6).

Embora se tratasse de um dos pouquíssimos hospitais da Província e o único da Capital, o Poder Executivo postulava auxílio à Assembléia Provincial. A sustentação não estava incorporada nas políticas públicas e definida em projetos e práticas de gestão governamentais. O Estado não assumia seu papel na Saúde Pública. A Irmandade era obrigada a buscar auxílios para cumprir, supletivamente, esse papel. Mesmo depois da inauguração da nova sede e vivendo-se já novo momento histórico de progresso na República, mantinham-se as dificuldades:

Funciona em edifício próprio, de bonito aspecto e bem localizado nesta Capital, lutando com bastantes dificuldades e sérios embaraços para fazer face às suas indispensáveis necessidades, em razão dos exíguos recursos de que dispõe. A receita não chega para suas despesas ordinárias, apesar das economias imagináveis, que realiza a honrada e filantrópica administração da Irmandade (TAUNAY, 1886, p. 79-80).

A partir início do Séc. XX, começaram a se alterar os discursos dos governantes sobre a questão do custeio das atividades. O Presidente do Estado, em sua mensagem de 1925 ao Congresso Legislativo, registrava que “o Estado exercia a assistência pública por intermédio das instituições pias”. Em Curitiba, recebiam auxílio do Tesouro do Estado, a Santa Casa de Misericórdia e o Hospício de Nossa Senhora da Luz, dentre outras (ROCHA, 1925, p. 86).

Era virtude louvada do provedor o aproveitamento da influência política, inclusive em situação em que o político se achava “enfermo e sendo preparado para comparecer diante de Deus”, segundo relato inscrito na história da Congregação das Irmãs de São José de Chambéry (1978, p. 48).

O Provedor Abreu, em 1915, ao referir-se à Santa Casa e ao Hospital Nossa Senhora da Luz em relatório à Assembléia da Irmandade, afirma:

Em todos os meus relatórios anteriores vos disse e vos demonstrei que a minha maior preocupação fora equilibrar a nossa despesa com a receita, como também que se atendessem às necessidades que de ano a ano vão aumentando, para que não nos viessem a onerar compromissos aos quais não nos achássemos habilitados a solver. Sempre foi minha intenção evitar dívidas. Apresento uma lista de credores de Rs\$ 57:951 contos, compensada por uma lista de devedores de Rs\$ 83:678 contos, em que incluo Rs\$. 55:000 contos devidos pelo Estado (ABREU, 1916, p. 1-11).

De 1964 até 1985, o apoio do Governo Federal permitiu, à indústria psiquiátrica, militar com força ampliada em suas atividades. No País, de 79 unidades em 1964, passou-se a 453 em 1985, com aumento de 473%. Na década de 1970, foram criados três novos hospitais psiquiátricos em Curitiba. Relatórios do Hospital em estudo, dessa época, mostram superávits. Em 1972, por exemplo, receitas de Cr\$ 3.936 mil e despesas Cr\$ 2.536 mil deixaram sobra de Cr\$ 1.400 mil.

Em 1988, o Provedor Pereira (2000, p. 57-58) indicava a necessidade de modernização das Santas Casas. Localizava os problemas críticos na passividade dos dirigentes diante da evolução tecnológica e de novos problemas sócio-econômicos; nos hábitos administrativos obsoletos; na apatia das populações e definhamento da solidariedade na comunidade que levou ao desaparecimento de doações, legados e heranças; envelhecimento e definhamento do quadro de irmãos e desinteresse das autoridades pelas organizações filantrópicas.

Ao construir um cenário para o futuro das Santas Casas, Pereira possibilitou a organização de um mapa sintético dos elementos históricos constituintes da Irmandade como instituição desde sua origem em 1498.

Sua proposta foi dividida em três níveis (institucional, administrativo e financeiro). Para ele, o controle da organização deveria continuar a cargo da Igreja Católica, tendo em conta a origem histórica e o vínculo espiritual.

QUADRO 17 - A ADMINISTRAÇÃO DAS IRMANDADES DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA

Organização	Passado (desde 1498)	Presente (ano de 1998)	Futuro proposto (a partir de 2001)
INSTITUCIONAL			
Origem histórica	Igreja Católica	Igreja Católica	Igreja Católica
Vínculo espiritual			
Controladora			
Missão	Misericórdias espirituais	Misericórdias espirituais	Misericórdias Espirituais
	Misericórdias Corporais	Misericórdias Corporais	Misericórdias Corporais
	Atrair pessoas de posses materiais	Atrair pessoas de influência política	Atrair lideranças empresariais
Ação	Caridade	Filantropia	Assistência
Clientela	Miseráveis	Carentes	Assistidos
Membros	Líderes da nobreza	Líderes da política	Líderes da sociedade
Situação	Prestígio	Indiferença	Autonomia
Realidade	Dificuldades	Crise	Proatividade
ADMINISTRATIVA			
Provedor	Projeção social	Influência política	Comando executivo
Estratégia	Captar doações	Captar dotações	Captar remunerações
Estrutura	Rígida Hierarquizada Estável	Rígida Hierarquizada Estável	Flexível Simples Eficaz
Pessoal	Voluntário Gratuito	Voluntário Gratuito Assalariado	Profissional Competente Eficiente
Competências Profissionais	Obediência	Subordinação	Capacidade Integridade Filantropia
Relações	Subordinação a sociedade	Subordinação a políticos	Independência político-partidária
Processos	Simples	Simples	Complexos
FINANCEIRA			
Receita	Esmolas Doações	Subvenções Alugueres	Serviços
Fontes	Incertas Eventuais	Instáveis Contingenciadas	Controladas Permanentes
Fonte	Esmolas Doações Heranças Alugueres Auxílios públicos Campanhas	Isonções de tributos Verbas orçamentárias Serviços a sistemas públicos de saúde Serviços a Planos de saúde	Serviços médicos e hospitalares a população mais abastada Planos de saúde próprios
Objetivo	Sobrevivência	Equilíbrio financeiro	Sustentabilidade

Fonte: Organizado a partir de Pereira, 2000, p. 57-60.

Propunha que a missão deveria continuar a ser o cumprimento das misericórdias espirituais e corporais. O que deveria mudar eram as formas de realização dessa missão. Se, na origem, a organização estava voltada para a caridade e, em tempos mais recentes, para a filantropia, ele acreditava que o futuro apontava para uma ação de assistência menos vinculada à piedade ou a realização

de favores sem origem. A ação passaria a ser mais bem realizada se voltada para a oferta de cuidados de qualidade para pessoas menos abastadas e que, por isso, estejam impossibilitadas de sustentar, com os próprios recursos financeiros, o acesso. As possibilidades futuras da administração estariam na flexibilidade estrutural e na profissionalização. As qualidades profissionais deveriam deixar de ser baseadas na obediência ou na subordinação, passando a ter destaque as competências.

A prestação de contas do Provedor Pereira (1990, p. 17-19) relativa ao período de 1988 a 1990, ao relatar movimento de reivindicação de trabalhadores no início de 1989, expressava o entendimento de que não se podia fazer greve contra a caridade e as misericórdias. Para ele, esse argumento era incontestável. Alguns funcionários estariam querendo acabar com a Santa Casa, agitando politicamente o ambiente funcional. Vândalos encapuzados teriam enchido a Santa Casa de folhetos anônimos e ateado fogo a madeirame de obras. Esses fatos eram dados por ele como “expressão de insanidade, radicalismo e intolerância que invadia tudo e a tudo pretendia destruir”. Expressava indignação por pretenderem quebrar tradição centenária de nunca terem participado de greves. Ao final, pedia que “fizessem a cabeça dele em pedaços, se achassem que sua carcaça valia alguma coisa, mas que não acabassem com a Santa Casa”.

O Provedor Pereira (1993, p. 8) registrou que, em 1991, já estava consciente da necessidade de que fossem adotadas estruturas organizacionais adaptadas ao dinamismo da evolução tecnológica, em substituição ao que chamava de estruturas obsoletas, paquidérmicas e esclerosadas.

A partir da segunda metade da década de 1980, aconteceu, no Brasil, a luta antimanicomial e a redefinição dos serviços públicos de saúde mental com abordagens de desconstrução do manicômio (KODA, 2002, p. 7).

A mudança no macro-ambiente institucional impôs realidade difícil, assim expressada em entrevista por gestor da área estratégica: “Temos uma faca no pescoço”, em referência à remuneração do SUS, que não permite e “jamais irá permitir a auto-suficiência” (Entrevista 9, 2004).

No dizer de outro entrevistado, médico com formação em administração e larga experiência na área da gestão hospitalar:

O mesmo Governo que autoriza a correção do preço dos medicamentos não corrige o insumo medicamento na ponta que ele paga. Estabeleceu uma regra de jogo, na qual apenas um dos participantes dita as regras e os valores que ele quer pagar sobre os serviços prestados e não sobre o custo do serviço prestado, enquanto os outros custos evoluem (mão-de-obra e etc.). Ele faz a regra do jogo e nem sempre cumpre. O Governo Federal transferiu para o Estado e o Estado transferiu para o Município. O Estado, que antes tinha, no seu orçamento, uma determinada quantidade de receitas para a saúde, começou a utilizar os recursos do SUS para cobrir outras atividades. O Estado tem que cumprir 12% do seu orçamento para a saúde. O Paraná não cumpre. Inclui, na saúde, uma série de outras despesas. O que está acontecendo? A população aumenta e a demanda por saúde (principalmente pelo empobrecimento; por falta de condições; por fluxo migratório do campo para a cidade e da cidade menor para a grande cidade). Não houve, proporcionalmente, aumento dos recursos para custear. Na maioria dos procedimentos, o que o SUS paga não cobre o custo (Entrevista 10, 2004).

O Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz viu, nesse cenário, deterioradas suas condições de atuação, o mesmo se dando com a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. O Governo Federal mudou a política de sustentação do SUS. Deixou de receber passivamente a fatura e pagar a conta. A mudança no mecanismo de sustentação levou a crise generalizada. Outro entrevistado, também médico e gestor hospitalar em estabelecimento não vinculado à Aliança Saúde registra que o SUS não cobre os custos dos hospitais (Entrevista 12, 2004).

Diante da dimensão do problema, passou-se à procura de soluções, dentre as quais, um esforço de repensar a realidade externa (por meio do

planejamento estratégico), a realidade administrativa (por reforma do modelo de gestão), a realidade assistencial (por reforma do modelo de cuidados à saúde).

Os Hospitais Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto, em 1996, contrataram consultoria externa para a realização de diagnóstico interno. Este apontou falta de caracterização do hospital como organização e falta de conhecimento de administração por parte dos que o administravam. Era apenas um lugar onde havia doentes sob cuidados eventuais de psiquiatras.

As conclusões apontaram a necessidade de uma administração profissional voltada para antever o futuro; propor metas; buscar atualização contínua para contar com profissionais realmente preparados. Propuseram a elaboração de instrumentos administrativos; a revisão dos vínculos e remunerações com terceiros; a implantação de plano estatístico; a implantação de controles capazes de espelhar a realidade do Hospital; a separação dos controles financeiros dos contábeis; o estabelecimento de estratégia coordenada para o desenvolvimento da organização, das linhas de atividades, dos relacionamentos, dos sistemas de comunicação e dos sistemas de informação. Foi proposta “a eliminação dos esforços parcelados” para a solução dos problemas organizacionais; deveria haver planejamento sistemático e a implementação estruturada das mudanças.

O Relatório destacou, como objetivo prioritário, a formação dos profissionais, aspecto a ser trabalhado antes da implantação da mudança. Era recomendado o trabalho incessante de elaboração de estratégias gerenciais para desenvolver uma organização flexível. Essas providências eram dadas como necessárias porque a área de saúde já apresentava problemas graves, de que destacaram demanda desproporcionada; carência financeira; elevação mundial de custos; distorções do aparelho formador de recursos humanos. Por fim, apontava-se

que o Relatório continha análise limitada, restrita e de baixa qualidade por faltarem controles e dados organizados no Hospital Nossa Senhora da Luz. Os direcionamentos indicados nessa consultoria não resultaram em mudança de rumos na Santa Casa ou no Hospital Nossa Senhora da Luz.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba realizou, por décadas, em realidade social, econômica e política restritiva, esforço de dar amparo a desvalidos que não tinham outra forma de abrigo contra a miséria ou a doença, por decorrência das políticas públicas. No entanto, os constantes registros de permanente fratura entre a missão e a gestão, de que já se expôs diversos exemplos neste trabalho, apontaram para a necessidade de saneamento definitivo.

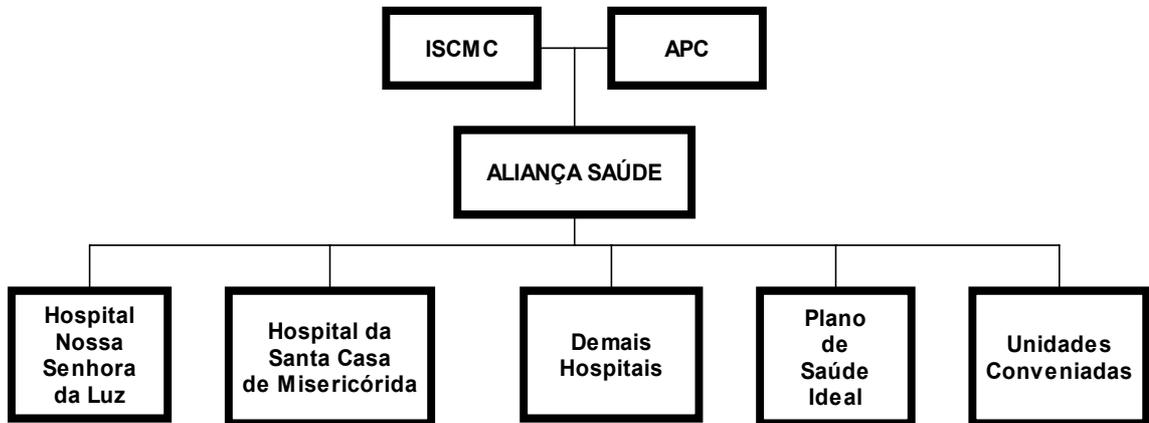
4.4 A ALIANÇA SAÚDE PUCPR-SANTA CASA

A Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa é uma aliança estratégica entre a Sociedade Paranaense de Cultura (SPC), atualmente Associação Paranaense de Cultura (APC), e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, formalizada em 23.09.1999. A APC é a proprietária da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) e de outras empresas hospitalares, educacionais e de comunicação. O convênio de cooperação tem o objetivo de integração estratégica, tática e operacional nas ações de assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Saúde. A APC é controlada pelos Irmãos Maristas, grupo religioso católico mundial com atuação voltada mais fortemente para a educação.

A Aliança Saúde está composta (de acordo com o Relatório Anual 2003), por hospitais, chamados Unidades Gerenciais Agregadas: Hospital Universitário Cajuru; Clínicas integradas de Odontologia, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia; Laboratório Farmacêutico Cajuru; Hospital da Caridade; Hospital Nossa Senhora da

Luz; Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais; Plano de Saúde Ideal; Hospital e Maternidade de Colombo, além de hospitais conveniados.

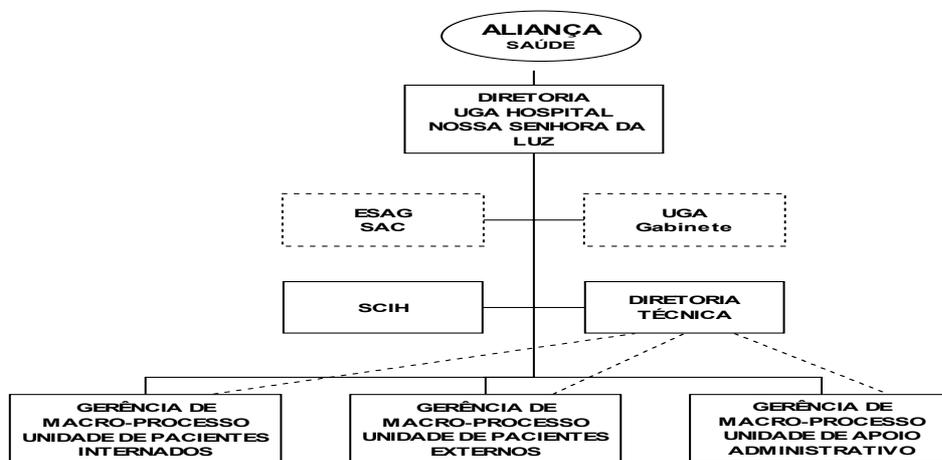
QUADRO 18 – ORGANOGRAMA BÁSICO DA ALIANÇA SAÚDE



Fonte: Aliança Saúde, 2004.

No Hospital Nossa Senhora da Luz, o organograma passou a ter três níveis de distribuição do poder hierárquico: a diretoria administrativa e a diretoria técnica; os gerentes de macro-processos (pacientes internos; pacientes externos e apoio administrativo) e os gestores de unidades de negócio (Unidades Gerenciais Básicas - UGBs). A diretoria técnica não exerce comando administrativo, relacionando-se com os profissionais médicos para definir e gerenciar modelos de cuidados, de forma articulada com a diretoria administrativa, a que está subordinada.

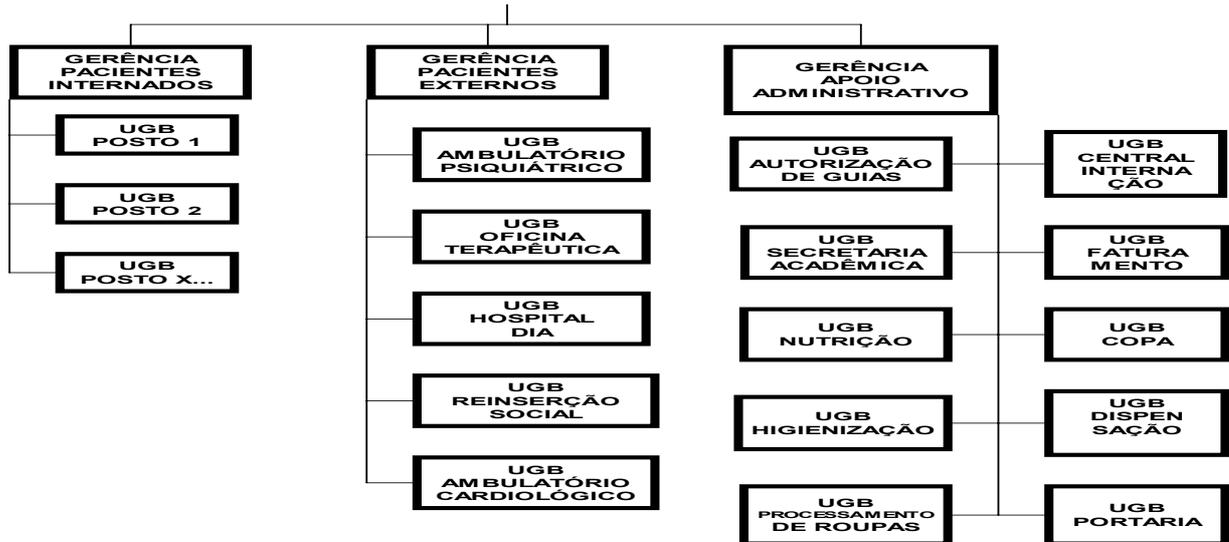
QUADRO 19 – ORGANOGRAMA BÁSICO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ



Fonte: Hospital Nossa Senhora da Luz, 2004.

As UGBs são formadas em torno dos processos que representam unidades de negócios, atendidos por uma equipe multidisciplinar sob a liderança de um gestor administrativo.

QUADRO 20 – ORGANOGRAMA DAS UGBS DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ



Fonte: Hospital Nossa Senhora da Luz, 2004.

Os principais serviços corporativos absorvidos pela PUCPR, para realização centralizada, com utilização da sua infra-estrutura pré-existente foram: Almoarifado; Compras; Contabilidade; Financeiro; Informática; Manutenção; Patrimônio; Recursos Humanos (recrutamento, formação, pagamento; demissão); SAME; Segurança; Tesouraria e Transporte.

4.5 A REESTRUTURAÇÃO ADMINISTRATIVA

O Projeto de Reestruturação Administrativa 2002 teve o objetivo reinventar a organização hospitalar pela introdução de Gestão denominada Empreendedora. Para isso, definiu revisão dos direcionamentos estratégicos; estabelecimento de planejamento estratégico; descentralização da decisão (administração participativa); incorporação de estruturas inovadoras (adoção de UGBs); direcionamento do foco

ao processo; adoção de programa de qualidade; busca de produtividade maior; descentralização administrativa; reduzir dos níveis da estrutura hierárquica.

4.5.1 A mudança organizacional segundo diretores, gestores e profissionais

Os entrevistados nos diversos segmentos avaliados apresentaram a visão comum de que era imperiosa a necessidade da mudança por conta de problemas que eram derivados do modelo de gestão.

4.5.1.1 A mudança organizacional no período precedente à Aliança Saúde

O relacionamento da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba com a Pontifícia Universidade Católica de Curitiba vinha do ano de 1957, quando o hospital passou a abrigar a residência do Curso de Medicina da PUCPR.

A Santa Casa vivia, em 1999, grave crise de endividamento e fecharia as portas em poucos dias, nas palavras de um ex-provedor (Entrevista 15, 2004). A Aliança PUCPR-Santa Casa representou a salvação, segundo ele.

Um integrante da diretoria estratégica da Associação Paranaense Cultura justifica a necessidade de mudança nos Hospitais da Irmandade com o argumento de que qualquer modelo ultrapassado está fadado ao insucesso. O modelo de gestão que presidia as atividades assistenciais dos Hospitais, baseado na caridade, não tinha como prosseguir. Para o entrevistado, qualquer instituição social, se não muda o modelo e introduz gestão compatível com a realidade, não progride. Acrescenta que a organização que imaginar que pode ser gerida hoje como há 150 anos está perdida. É imperiosa a administração moderna para poder ser fiel à missão: “Não adianta viver só de boa intenção” (Entrevista 6, 2004). Não houve

críticas pessoais endereçadas a qualquer postura ética ou legal dos membros da Irmandade, mas à concepção desatualizada de princípios e práticas de gestão.

A administração da Santa Casa era feudal, antiga e superada no dizer de alguns entrevistados (Entrevistas 1, 6 e 14, 2004). A expressão “feudal” reporta-se ao fato de que o modelo praticado até à constituição da Aliança mantinha a mesma base de definições e as mesmas práticas definidas em 1498, com captação de recursos de forma não empresarial, por meio de campanhas, doações, loterias, auxílios e subvenções. O alto nível de subjetividade se tornou incompatível com a evolução da sociedade. Ao mesmo tempo, o modelo de gestão permanecia vinculado ao voluntarismo pessoal de um pequeno grupo, apesar da necessidade de profissionalização. A ineficiência e a ineficácia levaram a agravamento progressivo da saúde financeira. No início, a Provedoria era ocupada por pessoas de grandes posses, capazes de prover na situação de carência. Os tempos mudaram e não havia mais pessoas com recursos bastantes para sustentar as demandas.

À época da constituição da Aliança Saúde, a maior parte dos empregados tinha muito tempo de trabalho nos hospitais e não havia sido envolvida em aprendizagens capazes de criar sintonia com as novas exigências. Mesmo profissionais de grande conhecimento técnico resistiram à mudança. Se havia problemas na gestão administrativa, havia também no modelo clínico. O Hospital, com mais de cem anos, tinha que mudar também o modo asilar de tratar os internados. O Hospital Psiquiátrico era uma prisão. O doente era vigiado e trancado. Só saía quando autorizado. Era tratado com choques elétricos. O corpo clínico deixava pouca possibilidade de mudança nas práticas.

Alterações na sistemática de remuneração feitas pelo Sistema Único de Saúde agravaram o quadro. Antes, as despesas de cada tratamento eram anotadas

(diárias, exames e medicamentos). Apresentada a conta, o SUS pagava. Com a AIH, o quadro global mudou, porque foram estabelecidos limites e controles. A situação passou a ser de empobrecimento maior.

O Hospital Nossa Senhora da Luz tinha um modelo assistencial recluso, onde o paciente não era visto integralmente. Era um hospital padronizado, onde havia pouco envolvimento, pouca motivação, procedimentos estereotipados desde a origem. O tratamento psiquiátrico foi apontado como sendo “um horror” (Entrevista 15, 2004). Os processos internos eram mal definidos. O médico tinha pacientes espalhados pelos diversos pavilhões. Pacientes viam o médico a cada mês. Criou-se mentalidade da cronificação. A medicação do paciente não era modificada. A visita semanal era desestimulada porque “o quadro de saúde do paciente não mudaria”. Alguns familiares vinham com espaço de meses. Outros desapareciam. Os médicos recebiam a remuneração por crédito em conta, a cada mês, diretamente do SUS, com base no número de pacientes internados aos seus cuidados. Dedicavam pouco tempo diário ao cuidado dos enfermos (Entrevista 14, 2004).

Oportunidade de formação só havia para os médicos residentes. A Santa Casa não tinha política de educação corporativa para seus empregados. No entanto, segundo um ex-provedor, a formação em residências médicas era controlada pela direção clínica do Hospital e paga pela Santa Casa (Entrevista 15, 2004).

A gestão da Santa Casa no Hospital Psiquiátrico foi criticada porque o tratamento dispensado não era de prioridade, sendo o Hospital Psiquiátrico visto, ao longo da história, como depósito de sucata da Santa Casa. Era uma administração à distância. O serviço era feito por rotina informal. Eram escassos os registros. (Entrevista 7, 2004). Em 1915, Lemos, Diretor Clínico, no Relatório anual à Irmandade, repetia questionamento, já feito em relatórios de anos anteriores, sobre o

excesso de pacientes. Reclamava da falta de água; da não remoção de pacientes para serem tratados na Santa Casa; do não atendimento a diversas demandas. Queixava-se, por fim, do abandono e do desinteresse (LEMOS, 1916, p. 21-25).

Dizendo-se favorável à mudança, um gestor com mais de 20 anos de trabalho na Santa Casa mencionou que ela tinha parado no tempo e que seus colaboradores tinham parado junto. Não se fazia treinamento. Não se fazia cursos. Ele não se lembrava de ter havido qualquer atividade formadora para os empregados dos hospitais da Santa Casa. (Entrevista 3, 2004).

Um dos caracterizadores do tratamento de inferioridade na relação do Hospital Nossa Senhora da Luz com a Santa Casa foi, para um entrevistado, o referente à informatização das atividades. À época da formalização da Aliança Saúde (1999), havia apenas dois computadores para o hospital inteiro, para o faturamento das AIH do SUS. O serviço restante era feito em máquina de datilografia, mesmo em anos recentes. “Computador que não servia era mandado para o Nossa Senhora da Luz”, reporta um entrevistado. (Entrevista 3, 2004).

4.5.1.2 A mudança organizacional no período de transição para a Aliança Saúde

A Aliança PUCPR-Santa Casa foi anunciada como uma parceria que representou “uma tábua de salvação para o tremendo precipício” da Santa Casa, de acordo com Christan, Provedor na época da formação da Aliança. Eleito Provedor em 2000, Juliatto afirmou, em seu discurso de posse, que a união PUCPR-Santa Casa representava entre-ajuda de entidades irmãs, em que, preservado o patrimônio da Santa Casa, se uniam com os objetivos principais de recuperar o equilíbrio orçamentário, realizar a reestruturação organizacional, implantar modernização administrativa e consolidar os hospitais da Santa Casa como hospitais universitários.

A condição interposta pela PUCPR para admitir a aliança e fazer “o encontro sublime no vértice dos extremos ideais” foi a de obter total autonomia e plenos poderes de gestão. A PUCPR registrava à Irmandade da Santa Casa, em carta de 05.07.1999, que o modelo gerencial em uso era um problema grave porque, no passado, em outras circunstâncias, pode até ter sido apropriado e eficiente e ter cumprido o seu papel, mas que estava superado. A mudança do modelo de gestão demandaria modernização administrativa, com profissionalização da gestão institucional (HOERNER, 2002, p. 19, 22, 86, 88-89 e 208-209).

Segundo um dos entrevistados, de nível de diretoria da Aliança Saúde, antes de a PUCPR “assumir” a Santa Casa, não havia administração profissional e precisava ser mudada integralmente a forma de atuar:

Foram desmontadas as estruturas existentes e criada uma administração profissional. As áreas corporativas, como compras, contabilidade e finanças foram centralizada na PUCPR. Desenhamos um primeiro esboço do planejamento estratégico. Um dos pilares da mudança seria a capacitação das pessoas. Começamos a desenvolver um processo intensivo de capacitação das pessoas, fazendo com que viessem a conhecer o programa de qualidade. O nosso modelo de gestão e a nossa estrutura organizacional foram elaborados dentro de uma conceituação científica, dentro de um modelo teórico (Entrevista 5, 2004).

Formalizada a Aliança Saúde em 23.09.1999, a Associação Paranaense de Cultura nomeou equipe de gestores para o período de transição. A mudança do modelo de gestão administrativa do Hospital Nossa Senhora da Luz estava umbilicalmente conectada à necessidade de mudança do modelo assistencial manicomial asilar. A primeira medida administrativa foi, na primeira semana, suspender a aplicação da eletroconvulsoterapia. Alguns psiquiatras queriam manter o eletrochoque. A mentalidade dificultava a mudança organizacional. Era uma organização eminentemente tradicionalista. Foi necessário enfrentar, na justiça, o peso da tradição. Até para mexer nos muros, houve resistências.

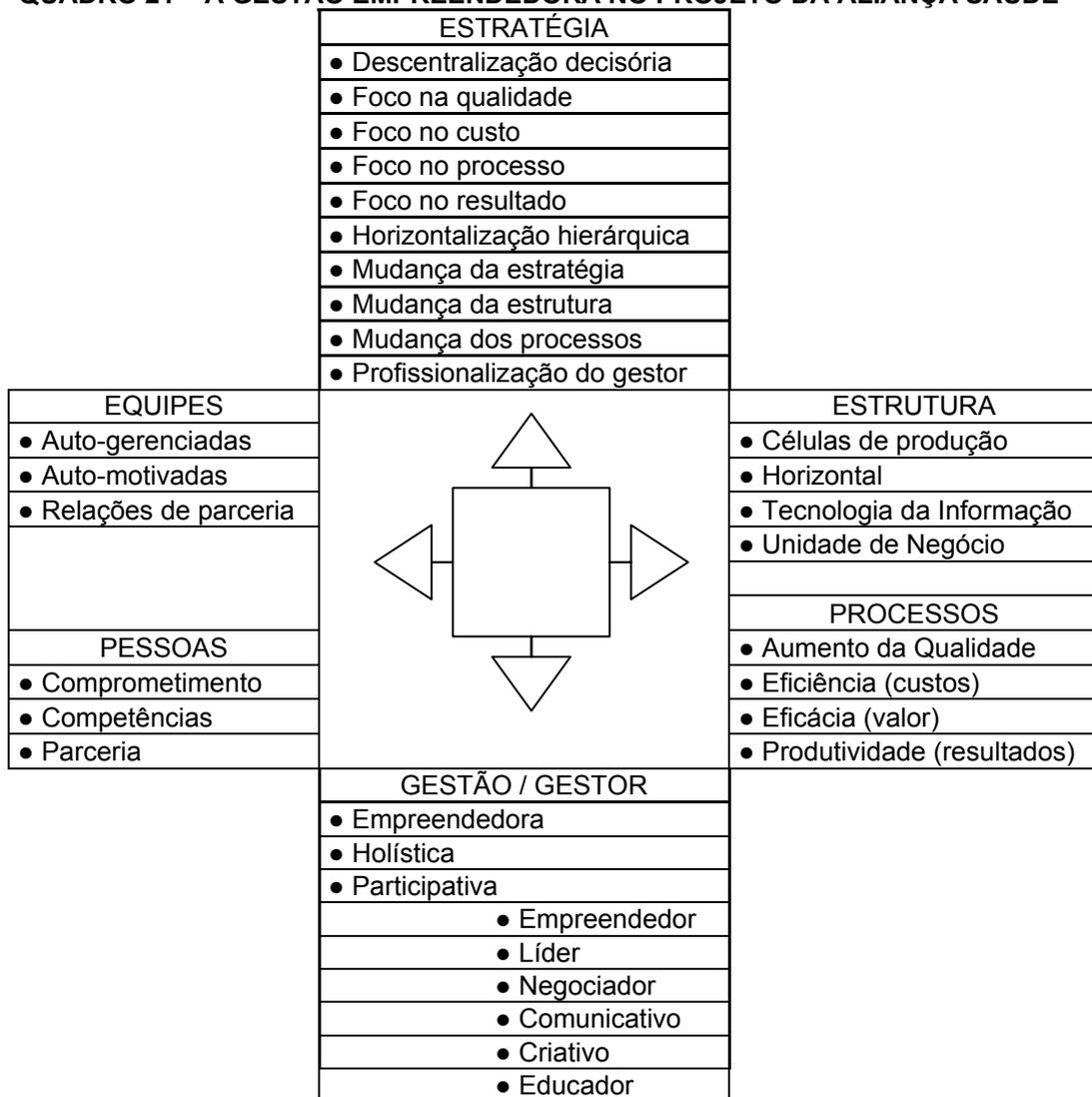
A construção do modelo organizacional levou a interesse maior pelos conhecimentos administrativos. Para a formação dos gestores, foram criados treinamentos. Houve um envolvimento maior com o desenvolvimento pessoal, fundamental para a mudança na gestão. Existia preocupação de preparar as pessoas para mudar a forma de trabalho. A preocupação era que pessoas mudassem para assumir novo papel.

Para que pudesse haver a mudança do modelo asilar de tratamento, foi necessário novo corpo clínico. Médicos se insurgiram contra a suspensão da eletroconvulsoterapia. Passou-se a questionar as medidas, dizendo-as ilegais. Os opositores pediam a continuidade das práticas históricas. Ações da direção eram rechaçadas, porque estariam ferindo a autonomia profissional. A relação de hostilidade velada gerava impasses. Tudo era feito para bloquear a mudança. Os gestores dizem ter construído o modelo de forma compartilhada com os profissionais. O modelo é visto como fundamental à sobrevivência da Aliança Saúde. Apesar da resistência à mudança, gradativamente, chegou-se à concordância de que não haveria como retroceder. Optou-se pelo evolução gradativa.

Ponto central do novo modelo de gestão foi a configuração por Unidade Gerencial Básica, que se fez a partir dos macro-processos de internamento, de não internamento e de apoio administrativo.

4.6 AS DIMENSÕES DA GESTÃO EMPREENDEDORA

A partir do diagnóstico estratégico, foram definidas as principais dimensões da Gestão Empreendedora: a estratégia, a estrutura, os processos, as equipes, as pessoas e a gestão, de forma a solucionar os principais problemas, especialmente, o financeiro que tinha levado a organização ao impasse.

QUADRO 21 – A GESTÃO EMPREENDEDORA NO PROJETO DA ALIANÇA SAÚDE

Fonte: Aliança Saúde, 2002.

4.6.1 Os referenciais de gestão do modelo proposto

Ao definir o projeto de mudança organizacional, os gestores da Aliança Saúde identificaram os problemas a serem enfrentados na busca da sustentabilidade. Elencaram, para cada um deles, as categorias a serem trabalhadas para a mudança organizacional. Foi identificada, no diagnóstico, a necessidade de que se desse atenção à estratégia do negócio; à estrutura da organização; à qualidade da gestão e à competência dos gestores; aos processos de trabalho; a ordenação do esforço coletivo; e à relação com as pessoas, particularmente no que

se refere à formação (profissionalização dos gestores). As características das variáveis da proposta foram indicadas pelos gestores entrevistados, apontando o que se desejava realizar e o que se tem realizado.

4.6.1.1 Estratégia

O modelo define a descentralização decisória e o uso de transparência total, inclusive com indicadores e metas para toda a comunidade. Observa-se que as pessoas alocadas nas Unidades Gerenciais Básicas têm papel de fornecimento de informações e sugestões. As decisões permanecem centralizadas no núcleo estratégico da Aliança Saúde. Ao empregado se atribui a possibilidade de expor sugestões e de ser avaliado pela “cadeia de gestores”. (Entrevista 8, 2004). As respostas dos profissionais aos questionários apontaram que as equipes não se sentem participantes da administração (97% das respostas).

Um entrevistado do grupamento de gestão das controladoras afirma que o problema está na falta de resposta do “processo lá em baixo, embora a estratégia esteja no *board*”. (Entrevista 17, 2004). Outro, da gestão interna da Aliança Saúde, identifica que os problemas não resolvidos decorrem da centralização do poder nas controladoras. Questiona que “não existe gestão empreendedora sem distribuição de poder”. (Entrevista 8, 2004).

Essas manifestações de profissionais e gestores das UGBs, bem como de líderes da Aliança Saúde permitem identificar que não foi alcançada a descentralização decisória a que se refere Drucker (2003, p. 197).

No Hospital, o foco na qualidade é entendido como estratégico porque as pessoas procuram o hospital em que realmente têm certeza de serem bem atendidas (Entrevista 1, 2004). A qualidade da assistência é questão básica também

para os custeadores, seja o SUS, o plano de saúde ou o cliente particular (Entrevista 19, 2004). Esse aspecto assume tal relevância que se criou o Escritório do Sistema Aliança de Gestão (ESAG) para gerenciar o Programa de Qualidade.

O modelo de gestão empreendedora foi denominado Sistema Aliança de Gestão, estruturado a partir dos Critérios de Excelência do Prêmio Nacional da Qualidade, da Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade; das Normas NBR ISO 9000:2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas, e do Manual da Acreditação Hospitalar, da Organização Nacional da Acreditação Hospitalar. Busca-se integrar a administração clínica e a gestão organizacional.

A abordagem da qualidade escolhida pelo Hospital é coerente com o modelo de Senge (1998, p. 13), para quem a filosofia da gestão para a criação da aprendizagem e criação do conhecimento tem origem direta na filosofia da gestão pela qualidade. É pertinente o alerta de Drucker (2003, p. 312) no sentido de que qualidade não se consegue em um programa. Qualidade é o que os clientes reconhecem como de valor e excelência. É diferencial que resulta de constância de propósitos, valorização das pessoas e da aprendizagem organizacional. No entanto, desenvolvido o Prêmio de Excelência Sistema Aliança de Gestão, entrevistados afirmam que “foi lançado pela Diretoria”, mas teve desenvolvimento incompleto.

Outra das prioridades anunciadas foi a gestão dos custos porque se havia assumido um hospital falido. Os custos receberam atenção especial nos estudos para a reestruturação administrativa, inclusive quanto à sua alocação, com considerações sobre sistemas de rateio. São citados o ciclo de vida; a meta de custo; a alocação por unidade, por absorção ou por margem de contribuição; o baseado em atividades; e o direto, por programação linear.

O interesse destinado a esse aspecto advém do fato de que os custos do setor têm apresentado comportamento dinâmico, submetido a critérios do mercado, enquanto que as receitas têm tido comportamento administrado pelo Sistema Único de Saúde. A adoção das unidades estratégicas de negócio baseadas em processos específicos e com independência de gestão e definição de metas e previsão de resultados requer práticas que evidenciem, de forma individualizada, a relação de custos com receitas. O motivo desencadeador da Aliança Saúde foi o mau desempenho econômico-financeiro. Drucker (2003, p. 360) alerta para o cuidado com os custos, notadamente os invisíveis, ocultos na burocracia. No entanto, não se desenvolveu metodologia específica para gestão interna dos custos, porque sua gestão foi centralizada na PUCPR.

Os gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz acreditam serem inovadores por terem criado o único hospital psiquiátrico do Brasil com administração por processos. Atribuem-se pioneirismo com essa inovação. A escolha do modelo de gestão empreendedora é ligada à necessidade de obter o envolvimento das pessoas no processo de mudança. A busca da oxigenação do comando teria que se dar pela “aproximação e envolvimento de todos os níveis decisórios”. Depois de implantadas as UGBs, se passou a trabalhar o redesenho dos processos em cada unidade. Dá-se como mapeados desde os macroprocessos até os operacionais e são buscados indicadores e metas. Os entrevistados dão destaque ao fato de que o novo modelo de gestão impôs alterações nos processos de decisão, de distribuição do poder e de exercício da autoridade, de relacionamento com o cliente e nas equipes.

Embora se diga que estão mapeados e documentados os processos de cada UGB e definidos os indicadores, o que se tem é incompleto e incipiente, com

sério impacto limitador na definição estruturada das competências requeridas e, por conseguinte, na análise das competências faltantes. A elaboração de prioridades de aprendizagem, nessas condições, é aleatória e potencialmente improdutiva. Se a abordagem por processos é importante para qualificar uma organização, mais ainda para uma organização que presta serviços de saúde.

Os serviços de saúde executam processos para obter resolutividade clínica e excelência administrativa (MEZZOMO, 2001, p. 106). Qualidade, para Berk e Berk (1997, p. 21), é mais um processo que um programa, pois deve levar à melhoria contínua. Para isso, destacam a importância da aprendizagem integrada aos processos.

Nove dos dez objetivos estratégicos são dados como atingidos. Não resultaram na superação dos resultados deficitários (Entrevista 5, 2004).

QUADRO 22 – OBJETIVOS DO PLANO ESTRATÉGICO 2002-2006 DA ALIANÇA SAÚDE

1	Ampliar alianças estratégicas para expansão e diversificação.	Sim
2	Ser reconhecida pela excelência dos serviços prestados	
3	Manter adequadas as estruturas organizacional e operacional	
4	Ampliar os programas de qualificação e capacitação	
5	Avaliar e aperfeiçoar os mecanismos de controle de gestão	
6	Consolidar a integração das unidades e mantenedoras	
7	Implementar tecnologias de assistência, ensino e pesquisa	
8	Implementar novas modalidades de atendimento assistencial	
9	Dar início à implantação do Campus da Saúde.	
10	Gerar superávit para investimento na expansão e diversificação.	Não

Fonte: Entrevista 5 (com base em: Aliança Saúde, 2003, p. 10).

Drucker (2003, p. 190) menciona a importância de que os olhos estejam nos números e nas pessoas. Para um dos entrevistados, gestor de uma das controladoras, o problema econômico-financeiro não foi superado em função do modelo público de financiamento da Saúde e em decorrência de problemas no modelo de gestão organizacional adotado; estão sendo buscadas novas respostas que consigam fazer frente à conjuntura que leva a resultados negativos.

A hierarquia piramidal expressava relações organizacionais baseadas no poder interno de um grupo sobre outro. As novas relações com base em

competências complexas e integradas de exercício em equipes tornam ineficazes os velhos desenhos estruturais. Há demanda por relações mais horizontais. As formatações assimétricas tornaram-se improdutivas. A horizontalização, fixada como diretriz estratégica, ainda não se realizou no Hospital Nossa Senhora da Luz. A hierarquia ainda é o parâmetro. Os investidores públicos (SUS, Ministério da Saúde, Secretarias da Saúde do Estado e do Município) buscam estruturas simples e transparentes, no sentido de enxergar o que acontece no hospital e saber como o dinheiro está sendo revertido em favor da população. Na organização em estudo, dirigentes se ressentem da falta de horizontalização e da falta de autonomia de gestão, por concentração do poder nas instituidoras e na controladora.

Para Motta (1998, p. 128-139), a organização é construção humana racional e lógica, com três formas de gerenciar a mudança: a reação adaptativa, a intenção estratégica e a aprendizagem contínua. A característica principal da estratégia precedente à Aliança Saúde era a da reação adaptativa informal, com predomínio do autoritarismo e da centralização. Havia subjetividade na gestão e na escolha de pessoas. Não havia integração das áreas. Não existia objetividade de critérios para a atualização da organização, do fluxo de trabalho e da formação dos colaboradores. As funções eram exercidas sem atenderem ao requisito da competência. Não era monitorado o faturamento. Não eram controlados os terceirizados. Existia distanciamento entre estratégia e finanças.

Para eliminar tal situação, passou-se à intenção estratégica, com a busca de um processo de mudança. Buscou-se mobilizar competências para qualificar as estratégias. O resultado final pretendido é a auto-sustentação econômico-financeira e a excelência. É dado destaque à pouca profissionalização precedente e a transição para um modelo empreendedor. A gestão empreendedora exige clareza

estratégica. Os dirigentes da Aliança Saúde estão buscando mudanças na gestão implantada, porque a instituição mantém desempenho financeiro deficiente, apesar dos progressos. Já se busca a mudança do que foi mudado. É a mudança estratégica evidenciando a necessidade da aprendizagem contínua.

O modelo de gestão foi concebido para mudar a estrutura e “chegar até as bases”. Percebe-se, no entanto, que ainda há longa distância e muito por trabalhar. As relações precisam ser mais horizontais (ULRICH, 1997, p. 68). O propósito da horizontalização, fixado como diretriz estratégica, não se realizou no Hospital Nossa Senhora da Luz. A hierarquia ainda é o parâmetro. Falta autonomia de gestão. O poder está concentrado nas instituidoras e na controladora.

Foi também projetada a mudança nos processos. Foram unificados os processos comuns e segmentados em macro-processos de clientes externos, clientes internos e apoio administrativo. O mapeamento de processos, no entanto, só foi concluído em algumas áreas. A abordagem por processos é importante porque serviços de saúde são processos para beneficiar os cidadãos usuários.

Senge (1998, p. 262) alerta que não basta o *empowerment* individual. É necessário o *empowerment* da equipe para que ocorra a aprendizagem. Diretores da Aliança Saúde dizem ter buscado o *empowerment* para os gestores por destacarem a importância deles dentro da organização. Os gestores das unidades gerenciais teriam que tratar o negócio com a atenção voltada para os resultados, propondo soluções, buscando inovação e criando forma diferente de trabalhar. Não se menciona, nos discursos da Diretoria, a importância das equipes e das pessoas que as integram. As atenções estão voltadas para os gestores.

No entanto, como expressam Kaplan e Norton (2004, p. 306), o empowerment tem como condição o alinhamento das ações, situação em que todos os membros da equipe têm visão, propósitos e compreensão comuns.

4.6.1.2 Equipe

O modelo da Aliança Saúde pretende que a equipe multidisciplinar se torne auto-gerenciada. Diz Senge (1998, p. 265-267) que a equipe aprende não porque recebe ordens. A equipe aprende porque busca a prática e o desempenho mediado pelo diálogo e pela discussão.

A proposta da Aliança Saúde indicava que todos os profissionais deveriam se envolver no processo de mudança. Antes, segundo um entrevistado, a equipe se resumia em um médico. Hoje, ainda há resistências e alguns funcionários não sabem se obedecem a ordens unilaterais ou não.

Outro propósito é o de que a equipe seja auto-motivada. As pessoas são naturalmente motivadas para aprender (SENGE, 1999, p. 60). A grande mudança na gestão é reconhecer esse fundamento e agir de forma coerente com ele. Os entrevistados crêem que o pessoal constitui grupo fortíssimo pela união da equipe.

No Hospital, se diz que o serviço começou a render porque os profissionais começaram a colaborar, a dar idéias e a propor mudanças. Receberam, em contrapartida, a oportunidade de fazer um serviço melhor e de serem promovidos. A gestão participativa é vista como realidade, o que tem tornado felizes as pessoas. Foram eliminados critérios personalistas. Se antes valia a relação pessoal com a direção, o critério vigente é a competência.

A Aliança Saúde indica querer construir relação de parceria com seus profissionais. Para Senge (1998, p. 38), a equipe em que as pessoas funcionam

juntas atinge a excelência e resultados extraordinários. Os entrevistados expressam que a forma característica da relação de parceria no Hospital é tomar conhecimento do planejamento e dizer a opinião a respeito e dar sugestões de aprimoramento. Afinal, “quem está na alta administração não consegue perceber tudo o que acontece lá no chão de fábrica”. Essa é a forma de participação, enunciada por dirigentes e confirmada pelos profissionais. Gestores avaliam que os profissionais trabalham como parceiros nas equipes: “Sabem o que devem fazer; não têm que ficar cobrando. O gestor conversa nas equipes e traz a colaboração de cada um”. Essa é a forma como se processa a participação. Os gestores entendem que seu papel tem sido o de mostrar para os profissionais que eles são importantes. A parceria técnica não foi completada pela parceria na gestão.

4.6.1.3 Estrutura

Os entrevistados não expressam sua atuação como de “célula de produção”. No entanto, expressa que agora existem ações integradoras e ganhos de escala no trabalho em equipe, faltando “cooperação sinérgica em competências”. A cooperação seria por envolvimento operacional.

A horizontalização da estrutura é um dos caracterizadores da proposta do modelo de gestão da Aliança Saúde. As relações precisam ser mais horizontais, o que ainda não se realizou no Hospital Nossa Senhora da Luz. A hierarquia ainda é o parâmetro, dizem. O poder está concentrado nas instituidoras e na controladora. No modelo anterior, ninguém discutia o que se dissesse para ser feito. Hoje, se diz que a separação do organograma por macro-processos já aponta separação de competências. Ainda persistem feudos, segundo alguns gestores entrevistados.

A falta de tecnologia da informação é um dos grandes problemas que persiste. Informações estruturadas e organizadas são importante fonte de diferenciação e aprendizagem, segundo Arantes (1998, p. 288-295). Uma força altamente importante é o processamento da informação.

O sistema de informações anterior à Aliança Saúde era arcaico. A Aliança ainda não estruturou um sistema gerencial de informações. Mesmo reconhecendo a informação como fundamental para a decisão, ainda não há definições claras. Cada UGB deveria ser organizada como centro de alocação custos e de apropriação de resultados, o que ainda não se materializou, por falta dessa ferramenta.

Não há sistema integrado de gestão da informação. Não se sabe os custos de praticamente nenhum dos procedimentos. Nas unidades, não há suporte de informática, para trabalhar os dados. Não há como gerenciar o sistema a partir dos dados operacionais. Não há prontuário eletrônico com os dados de internamentos.

A unidade estratégica de negócio, conceito elaborado por Kaplan e Norton (1997, p. 314), se constrói em torno de uma cadeia de valor, custos e resultados. No Hospital em estudo, a UGB é a unidade estratégica de negócio. É a menor subdivisão dentro das UGA. É centro de custos e resultados. Não se implantou a gestão de custos individualizados nem se tem a apuração de resultados por unidade.

4.6.1.4 Processo

Outra grande transformação almejada pelo modelo da gestão empreendedora é a qualidade nos processos. O mapeamento dos processos de cada UGB é incompleto e incipiente. A abordagem por processos é importante para

a organização que se propõe a fazer a gestão por competências. Conhecimento explícito dos processos é fundamental para a conquista intencional da qualidade. Entrevistados vêem como fundamental o mapeamento, mas algo que não se tem ainda, havendo necessidade de esforços para essa conquista.

A organização da estrutura do Hospital em UGBs e a opção por processos pretendem melhorar a resolutividade para os usuários. A organização das unidades por processos, ao voltar-se para o perfil dos usuários, permite o trabalho mais focado e leva a uma tendência a ser mais efetivo.

O Hospital está buscando otimizar a produtividade em todas as relações de internas e externas. A gestão empresarial tem pressuposto claro de atenção à saúde das pessoas, pois o hospital não pode estar subordinado exclusivamente à lógica da produtividade empresarial. Esta lógica tem que conviver com os princípios e não pode modificar esses princípios, diz um entrevistado.

4.6.1.5 Gestão/gestor

A gestão estratégica da Aliança Saúde é apresentada como processo sistemático, planejado, administrado e executado, “envolvendo todos os gestores”. Busca assegurar o desenvolvimento sustentado. A gestão estratégica é feita por meio de um contínuo monitoramento do ambiente externo, as oportunidades e ameaças, e do ambiente interno, as forças e fraquezas, com vistas à adequação dos objetivos estratégicos e suas respectivas estratégias.

A Aliança Saúde procura trocar o Modelo Estratégico de Reação Adaptativa que caracterizou a organização. Está aplicando o Modelo de Intenção Estratégica e introduzindo elementos do Modelo de Aprendizagem Contínua. Motta (1998, p. 128-139) entende que é produtiva a convivência de elementos de diversos

modelos integrados em uma abordagem estratégica. É importante que se atente para a possibilidade de afloramento de conflitos. Se o Modelo de Intenção Estratégica dá destaque ao papel dos gestores, o Modelo de Aprendizagem Contínua desloca o foco do exercício do poder para as competências das equipes.

O projeto da Aliança Saúde pretende que a gestão empreendedora seja uma gestão holística, em que cada profissional, além de suas competências peculiares, tenha reflexos das competências dos demais membros da equipe. Os gestores entendem que as pessoas já têm formação melhor e visão mais ampla do todo, com interação maior nas equipes no trabalho integrado. Os programas que denominam “Interunidades” procuram disseminar os princípios cristãos, católicos, maristas e éticos. Os Irmãos Maristas lideram a instituição que comanda o Hospital e trabalham as atitudes como forma de alcançar a “dedicação total à vida”.

A abordagem holística que os dirigentes anunciam buscar através do seu modelo de gestão tem o enfoque central em valores. Ribeiro (1996, p. 126-132) entende que a gestão holística trabalha no nível dos valores e requer que estes sejam assumidos também como práticas. Os gerentes de equipes deixam de ser donos do que fazer e do quando fazer, para assumir o exercício de outros papéis, particularmente de liderança e de agentes do desenvolvimento de pessoas. O que caracteriza a gestão holística é a mudança comportamental.

Os profissionais, nas respostas ao questionários, expressaram ponto de vista discordante quanto à existência da gestão participativa. Esta faz contraponto com a gestão diretiva. Ainda há forte presença da autoridade. O poder de decisão não está distribuído para as equipes. Apontam necessidade de comunicação mais aberta, práticas democratizadas de diálogo e discussão, bem como desenvolvimento sinérgico de relações de aprendizagem.

O planejamento estratégico para a transição foi “definido pela administração superior”. Essa perspectiva centralizadora do comitê de gestão de crise, na transição para a Aliança Saúde, continua presente. O conceito de gestão de pessoas utilizado ainda considera o gestor como efetivamente responsável pela sua equipe de trabalho. Os entrevistados dizem ser escassas as oportunidades efetivas de participação na gestão (97% das respostas).

Se, no modelo precedente, o gestor tinha que ser diretivo, “quase militar”, pretende-se que o gestor seja comunicativo. Os gestores entrevistados dizem que a idéia é que a informação flua e que a comunicação seja para todos. O modelo de gestão foi concebido para “chegar às bases”, mas não acreditam que tenha havido avanços completos. Essa perspectiva dirigista dos primeiros momentos permanece. Apenas 31% das respostas aos questionários concordam com a afirmação de que o acesso a informações esteja democratizado. Quanto à participação no planejamento, 85% das respostas apontam discordância total. A gestão participativa exige comunicação aberta, diálogo e discussão, diz Motta (2000, p. 121-135).

No modelo de gestão do Hospital, definiu-se que o gestor deve ser criativo para poder desenvolver a criatividade nas equipes. Drucker (2003, p. 215) coloca a atividade empreendedora precisa de autonomia para a inovação. Adiciona que é necessário projeto, dinheiro e informação. Fora disso, diz ele, o que se tem são apenas boas intenções. Na Aliança Saúde, o assunto é visto como problema de cada gestor, que “trabalha como quer”. O gestor de cada unidade tem liberdade para usar a criatividade. Há autonomia para apresentação e trazer novas idéias para a direção, calcadas em criatividade e inovação.

Outra dimensão do modelo é a valorização das competências educativas do gestor. Drucker (2003, p. 209 e 216) acredita em que empreendimento e

inovação podem ser aprendidos. São o objetivo da aprendizagem. O papel do gestor é o de promover o envolvimento e o equilíbrio entre o tratamento de problemas e o tratamento de oportunidades.

No hospital, os serviços multidisciplinares devem derivar das competências construídas na interação das equipes. Um dos entrevistados propõe que só consegue ser grande se a equipe for grande. O propósito é passar isso com práticas que chama de projeto comunitário. Aprendizagem se aprende na prática. Nesse hospital, no entanto, a idéia de aprendizagem é ligada a “um plano de treinamento” elaborado na Divisão de Recursos Humanos da PUCPR, “não envolvendo os gestores” das UGBs.

Um dos entrevistados aponta a necessidade de uma conceituação melhor, do desenvolvimento de uma metodologia melhor para se ter uma aprendizagem maior, algo que a instituição não previu. Na situação atual, o indivíduo é que tem que buscar formação pessoal, para dar um retorno melhor e maior para a instituição.

Na gestão empreendedora, o gestor deve liderar. Drucker (2003, p. 218) propõe que é necessário espírito empreendedor em toda a equipe. Entrevistados afirmam que já há “concretização de competência administrativa que está se chamando de empreendedorismo” (Entrevista 15, 2004). No início, os líderes de equipe foram nomeados a partir da indicação dos liderados. Nas Unidades Gerenciais Básicas, esses líderes foram nomeados gestores.

Os entrevistados indicam que os médicos não se interessam muito pela “parte administrativa”. Os gestores “colocaram responsabilidade maior na equipe e isso trouxe benefícios para o paciente”. O gestor lidera a equipe e “resolve conversando; negociando; às vezes, dando pancada; às vezes, cedendo” (Entrevista 13, 2004). Para Drucker (2003, p. 219), é importante a participação dos liderados. A

ação para cima desafia a compreensão da organização, notadamente no que se refere a valores, visões e preocupações. Faz brotar a visão empreendedora em ambos os pólos. Ou, como diz Senge, constrói a visão sistêmica.

4.6.1.6 Pessoas

A gestão empreendedora precisa do comprometimento das pessoas com a missão. A missão de atuar na área da saúde, com resolutividade na prestação de serviços à comunidade e contínuo desenvolvimento do ensino e da pesquisa incorpora desafios para os profissionais, porque está fundamentada em princípios cristãos, católicos, maristas e éticos.

A missão se liga a um projeto terapêutico para o cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais, que carrega fortes pressupostos público-legais de humanização voltados para intervenções rápidas e práticas de reinserção social.

Drucker (2003, p. 230) trata do assunto mencionando a importância do duplo comprometimento quanto ao compartilhamento de riscos, remuneração diferenciada por contribuição e resultados. Na organização em estudo, um valor fortemente reconhecido pelos profissionais é o aproveitamento, para a ascensão profissional, das pessoas mais comprometidas com a mudança.

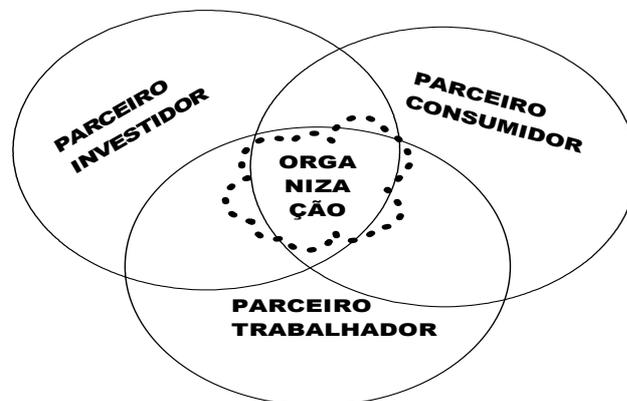
A gestão de pessoas deslocou seu foco em tempos recentes. Deixou de controlar e valoriza, sempre mais, o desenvolvimento de competências, de acordo com Dutra (2001, p. 26). A competência multidisciplinar deve ser entendida como a aproximação de conhecimentos especializados de diversos tipos, para construção de habilidades integradas com amparo em atitudes de cooperação, entendimento, diálogo e discussão positiva. A competência multifuncional faz referência a práticas sinérgicas das equipes. Competência é “utilidade”, que se expressa pela atuação

nos processos. Competências não correlacionadas aos processos em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes fogem do propósito da organização.

O mapeamento dos processos deve preceder ou co-evoluir com o das competências, aspecto ainda não atendido no projeto estratégico da Aliança Saúde e, particularmente, do Hospital Nossa Senhora da Luz. Dizem os entrevistados que o foco foi dirigido para o mapeamento das competências dos diretores, gerentes e gestores, porque eram profissionais em função nova para conduzir o processo da mudança do modelo de gestão e levar à transformação organizacional.

As organizações são sistemas de parceria entre o investidor, o consumidor e o trabalhador. O parceiro investidor comparece com o capital financeiro. O parceiro cliente comparece com seu capital de demanda. O parceiro trabalhador comparece com seu capital de competências.

QUADRO 23 – A ORGANIZAÇÃO COMO PARCERIA



Fonte: Autor.

A parceria é a idéia matriz da civilização ocidental e intrínseca ao sistema democrático, ao sistema capitalista e ao sistema organizacional. Grande parte do esforço teórico sobre a organização, a estratégia e as práticas tem sido dedicada ao trabalho de eliminar os problemas trazidos pela interferência do autoritarismo, que se

converteu em modelo mental e se faz sempre prejudicial ao progresso dos empreendimentos por falta de autonomia das pessoas.

No Hospital em estudo, com a Unidade Gerencial Básica, a equipe tem que se gerenciar e atuar em parceria. No entanto, sempre se faz ressalva de que está sob a “autoridade do gestor” e que o médico é responsável técnico pelo serviço e não pelo processo todo. Embora os gestores afirmem existir integração maior entre as equipes, com trabalho mais comunitário, e que a abertura que o modelo organizacional trouxe faz crescer a motivação, os profissionais entrevistados expressam alta discordância com relação à possibilidade da parceria no planejamento (85%), nas decisões (57%) e na administração (97%).

Não houve parceria na definição dos treinamentos (91%) e nem clareza quanto às competências que precisam desenvolver ou aprimorar (62%). Não participaram da definição e nem validaram os critérios do Prêmio de Excelência (91%). Não houve, para os profissionais, clareza na relação entre o processo de trabalho e o atingimento das metas (91%) e nem discussão dos critérios de avaliação profissional (74%). A relação de parceria é restrita e limita a construção de relações efetivas aprendizagem e de gestão empreendedora.

4.6.2 Os objetivos do Plano Estratégico 2002- 2006

Reconhecendo que nenhuma organização sobrevive sem um efetivo sistema de gestão que possibilite o controle adequado de todos os seus processos, a Aliança Saúde optou pela Gestão da Qualidade Total como ferramenta para o desenvolvimento e a operação de processos de trabalho capazes de projetar, produzir e de entregar serviços excelentes e resolutivos.

A Gestão pela Qualidade Total é apresentada como filosofia de gestão baseada na aprendizagem como parte do trabalho que busca direcionar, de forma consciente e controlada, crenças, valores, pressupostos, papéis, posturas, entendimentos, conhecimentos e comportamentos, para a satisfação do cliente e a melhoria contínua e excelência em qualidade, flexibilidade, fornecimento e custo. Além disso, seria permitidora da criação e da implementação de arquitetura de participação e trabalho em equipe (ALIANÇA SAÚDE, 2003, p. 1; 2004, p. 6-13).

Para superar a relação de autoridade da administração funcional de especialistas, foram escolhidas as estratégias com opção por horizontalização da organização; descentralização administrativa; descentralização do poder decisório; diminuição da hierarquia; administração participativa e trabalho auto-gerenciado em equipe multidisciplinar; profissionalização dos gestores; gestão orientada por metas; acionamento de práticas de aprendizagem destinadas a formar competências multifuncionais (ALIANÇA SAÚDE, 2002, p. 2-25; 2002, p. 9-30).

Atualmente, o hospital atua no tratamento de transtornos mentais, dependências químicas, reabilitação, ensino e pesquisa. Mais de 94% das consultas ambulatoriais e dos pacientes de internamento são provenientes do SUS.

Está em processo de transição de um centenário modelo hospitalocêntrico asilar manicomial para um modelo assistencial de serviços externos baseado no conceito de reinserção social. Tem cinco Unidades Psiquiátricas, uma Unidade de Tratamento de Alcoolismo, um Ambulatório de Saúde Mental e o Hospital-dia. Consoante o Relatório Anual 2003, tem 390 leitos e 60 vagas no Hospital-dia.

O Plano estratégico para 2002 a 2006 foi elaborado com embasamentos filosóficos e de valores. O lema “Dedicação total à vida” e o propósito de fortalecer a identidade ligada aos princípios cristãos católicos, maristas, filantrópicos e éticos,

conduziram à formulação da missão de atuar, em saúde, com excelência nos serviços à comunidade e contínuo desenvolvimento do ensino e da pesquisa.

Essas definições pretendem levar a Aliança Saúde e, dentro dela, o Hospital Nossa Senhora da Luz, a ser reconhecida como referência na área da saúde, pela excelência, sentido comunitário e relevância social. Para isso, busca a auto-suficiência econômico-financeira, através de postura seletiva e direcionamento de esforços ao conceito de telesaúde por meio de rede médico-hospitalar virtual.

4.6.3 A transformação organizacional no período posterior à Aliança Saúde

Os entrevistados entendem que houve mudanças muito grandes, até uma mudança de paradigma. A divisão em unidades gerenciais básicas demandou formação dos líderes. Agora, líderes de equipes não são médicos. O médico não se interessa muito por aspectos administrativos, dizem os entrevistados. Preferem voltar-se para a ação médica, embora acostumados a exercer o comando administrativo como algo intrínseco à sua competência clínica. A responsabilidade maior ficou com a equipe. O paciente passou a receber abordagem de cuidados diferente. O novo modelo de gestão ofereceu a base para as mudanças.

Dizem os entrevistados, já se ter alcançado “caricatura de equipe multidisciplinar”. As pessoas trabalham em equipe, discutem e o paciente é beneficiado com o olhar de várias áreas de conhecimento. O planejamento estratégico direciona as mudanças, mas ainda há muitas tentativas. As equipes estão aprendendo no caminho: “Os profissionais já começaram a colaborar, a dar idéias e a propor mudanças”. Receberam, em contrapartida, a oportunidade de fazer um serviço melhor e de serem promovidos. “É gestão participativa mesmo”, afirmam. “Antes, alguns conseguiam mais por estarem perto de alguém. Hoje é por

competência”, finalizam. Houve ganho de escala. Com mais de 600 leitos, havia baixa rotatividade. Agora, com 300 internados, “rodam” 230 ou 240 por mês.

Foi mudada a linguagem. A palavra “psiquiátrico” foi tirada do nome. Casa de louco, hospício, psiquiátrico, asilo, manicômio foram expressões eliminadas. Essa mudança é vista como drástica. Embora se tenha dito que houve reclassificação como hospital-escola, tal não se deu, porque não havia, no Hospital, atividade de ensino nos níveis definidos pelo Ministério da Saúde e pelo MEC.

Um dos elaboradores do novo modelo de gestão menciona que, desde o início, se procurou o envolvimento das pessoas no processo de mudança, porque cada unidade de negócio teria que gerar resultado positivo.

São apontados grandes problemas a solucionar. A gestão financeira é o principal, porque as mudanças ainda não causaram impacto financeiro. Apenas “diminuiu a avalanche”. De vez em quando, um socorro governamental ou uma campanha da população amenizam, mas a situação ainda é dada como pré-falimentar. Permanece o conflito entre a missão e a realidade social. Atender aos menos favorecidos gera custos além da capacidade de absorção. A gestão por resultados não foi atingida. Para os entrevistados, com a atual forma de remuneração do SUS, a tendência é reduzir a quantidade de atendimentos.

A situação econômico-financeira vem recebendo atenção maior entre os líderes da Aliança Saúde, decorridos cinco anos da formalização. Entendem que, se não for resolvido o problema financeiro, de nada adianta fazer filantropia. Imagina-se que se deva fechar um ou dois hospitais (ou até a Aliança) e buscar outro modelo para o ensino na área de Medicina. Independente daquilo que se tenha conseguido nos outros aspectos, o econômico-financeiro tem sido o ponto-chave das

discussões. Busca-se alternativa que permite a manutenção operacional e o reinvestimento em estrutura, equipamentos e capacitação.

4.6.4 A mudança organizacional segundo as equipes das UGB.

Os entrevistados foram consultados sobre sua percepção quanto aos esforços de mudança desencadeados com a formalização da Aliança Saúde. Foram apresentadas questões sobre incentivos à mudança nos processos de trabalho; sobre impactos das mudanças nos cuidados à saúde; sobre inovações como resultado das mudanças; sobre o resultado das mudanças para os clientes; sobre a mudança para a multidisciplinaridade como critério de trabalho; sobre a satisfação dos profissionais com as mudanças; sobre a existência de indicadores para as mudanças; e sobre a participação na administração como indicador de reconfiguração da relação hierárquica e de exercício do poder na organização.

A tabela a seguir mostra alta discordância quanto à participação na administração e alta concordância quanto à atuação multidisciplinar, a inovações nos processos, resultados positivos para a qualidade dos cuidados e a saúde:

TABELA 1 – MUDANÇA ORGANIZACIONAL, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS (%)

	NA	DT	D	ND NC	C	CT
A Equipe participa da administração do Hospital	0	97	0	0	0	3
A Equipe está satisfeita com os progressos do Hospital	3	34	14	23	20	6
A Equipe tem indicadores para as mudanças	0	63	17	7	6	7
As mudanças são incentivadas nos processos de trabalho	0	17	3	11	66	3
As mudanças no hospital têm melhorado os cuidados à saúde	29	0	3	3	43	22
As mudanças têm resultado em inovações nos processos	3	6	3	17	63	8
As mudanças têm tornado o Hospital melhor para o cliente	29	3	0	3	43	22
A Equipe trabalha de forma multidisciplinar	0	6	3	9	54	28

Fonte: Questionários.

Os profissionais das Unidades Gerenciais Básicas, consultados sobre as mudanças, revelam uma visão restritiva. É alto o índice de discordância quanto aos progressos (34% dizem estar totalmente insatisfeitos). Se os gestores estratégicos manifestam o entendimento de que alcançaram um progresso significativo, 80% dos profissionais de nível técnicos ou de apoio entrevistados afirmam que não há indicadores para as mudanças que possam orientá-los. No entanto, entendem que há incentivos às mudanças nos processos de trabalho (68% dos entrevistados). Recebem sinais claros de que devem e podem buscar mudanças. Contudo, podem estar indicando que não recebem ferramentas claras para medir o sucesso dos esforços e direcionar seu ritmo. Um dos componentes definidores da Gestão Empreendedora é o acesso democratizado a informações.

Um Gestor menciona que há parceria no trabalho e que os profissionais colaboram com idéias e propostas de mudanças, sendo participativa a gestão. Um dos elaboradores do novo modelo de gestão menciona que, desde o início, se procurou o envolvimento das pessoas no processo de mudança, porque cada unidade de negócio teria que gerar resultado positivo. No entanto, explica que o gestor teria que propor soluções, buscar inovação e trabalhar de forma diferente. O projeto de reestruturação administrativa da Aliança Saúde considera que o novo modelo de gestão traria o rompimento com os padrões antes estabelecidos, trocados por nova postura gerencial. Os entrevistados deixam exposta a opção dos estrategistas da organização para o papel dos gestores, sem dar ênfase ao papel dos profissionais não gestores.

A administração participativa é vista como participação do gestor da Unidade Gerencial Básica. Um gestor de nível estratégico aponta que o *empowerment* atinge apenas os gestores das unidades gerenciais básicas. São

feitas reuniões periódicas, “para que os gestores percebam a importância deles” dentro da organização. Apresentam os resultados obtidos na sua unidade de negócio. Quando se quer praticar a gestão empreendedora, de forma efetiva, todos os profissionais têm que ter *empowerment*. O acesso aos registros e indicadores da organização e o envolvimento na sua administração têm que ser atividade de equipe. Todos têm que se sentir, de fato, gestores. Os entrevistados (97%) não se sentem participantes da administração do Hospital Nossa Senhora da Luz.

Houve vários depoimentos no sentido de que aconteceu uma reunião, no início de 2004, em que os Diretores mostraram números financeiros problemáticos. No entanto, não se estabeleceu discussão com as equipes para a busca de alternativas. Não se constituiu um envolvimento mais concreto. É generalizado o sentimento de insegurança com relação à situação enfrentada pelo Hospital. São constantes as referências a que todos se sentem apreensivos. Está ausente a realização sistemática de encontros sugerida por Drucker (2003, p. 219-220) em que seja estabelecida comunicação para cima e instilada ação empreendedora.

Não basta, eventualmente, dar um prêmio por algumas sugestões. A participação não pode ser localizada em um momento ou em um episódio. Tem que ser constituinte permanente das práticas da organização empreendedora. O movimento inovador tem que ser permanentemente reconhecido e valorizado, além de estar voltado para o presente. “Não tente inovar para o futuro. Inove para o presente”, diz Drucker (1987, p. 150). Com esse posicionamento, os critérios básicos da inovação são a simplicidade e a necessidade real do negócio da organização.

Na recente substituição do Superintendente da Aliança Saúde, entrevistados afirmavam não terem sido informados sobre as razões e as conseqüências. Diziam ter ouvido falar que a PUCPR não ia colocar mais dinheiro;

que haveria novas demissões. As pessoas sentem-se inseguras. Faltam clareza e transparência.

A Aliança Saúde, no Relatório Anual de 2002, apresenta indicador de que 69% dos 767 empregados do Hospital da Santa Casa de Misericórdia têm menos que cinco anos de trabalho na organização. No Hospital Nossa Senhora da Luz, naquela época, 52% dos 428 empregados tinham menos que cinco anos de trabalho (Aliança Saúde, 2003, p. 14-15). O *turnover* alto gera impacto na coesão.

Tenho duas coisas na área de saúde: alta rotatividade e baixos salários. As pessoas estão mudando muito fácil de empresa de saúde por pequenas diferenças salariais. Ou saindo da área de saúde para fazer qualquer outra coisa porque rende mais. É um serviço muito estressante, muito desgastante. Se eu não tiver a possibilidade de uma melhora salarial, eu sempre vou ter um profissional que fica porque é extremamente dedicado ou aquele que está sem perspectiva de outra ocupação (Entrevista 10, 2004).

Entrevistados manifestam discordância de algum nível (68%) com relação ao acesso democratizado a informações na organização. Perguntados se trabalham para alcançar as metas, 97% dos respondentes dizem que não, porque não têm clareza de quais sejam.

Segundo os entrevistados, não há negociação das metas com relação às equipes. Esse não seria um critério de trabalho. É de se destacar que nove dos respondentes são gestores de Unidades Gerenciais Básicas, os quais teriam acesso privilegiado a informações da Diretoria, por participarem de reuniões freqüentes com ela. Um dos objetivos propostos na reestruturação administrativa foi o de “congregar os profissionais ao debate”, como consta no projeto de reestruturação administrativa da Aliança Saúde (2002, p. 13 e 15). O comprometimento individual com a missão seria obtido por meio da relação de parceria. A organização horizontal, também um dos componentes do modelo, ainda não se concretizou nas práticas de gestão.

Embora seja afirmada, pelos gestores, transparência total, inclusive quanto a indicadores e metas, e embora seja reconhecida a preocupação dos

profissionais até mesmo com detalhes mais elementares dos custos (desligar as luzes, economizar no telefone, economizar nos medicamentos, economizar nos itens de consumo), pode estar sendo sinalizado, pelos empregados, um desejo de acesso a questões mais aprofundadas sobre a realidade total da organização que excedam a mera contribuição operacional.

Para 65% dos entrevistados, as mudanças no Hospital têm melhorado os cuidados à saúde. Considerando que 10 entrevistados deixaram de se manifestar por terem atuação na área de apoio administrativo, portanto fora dos processos de cuidado clínico, as respostas tabuladas mostram alto índice de concordância com relação aos aspectos positivos trazidos pelos cuidados estruturados na equipe multidisciplinar.

Para 71% dos entrevistados, as mudanças têm resultado em inovações nos processos e tornado o Hospital melhor para os clientes com a desinstitucionalização e a busca da reinserção social.

A Equipe trabalha de forma multidisciplinar, de acordo com 82% dos entrevistados. Esse aspecto representa reconhecimento interno de mudança de alto significado, porquanto a configuração anterior se sustentava, basicamente, na ação da enfermeira sob o comando do médico.

4.7 A ADOÇÃO DA GESTÃO EMPREENDEDORA

O Estado, ágil disciplinador, não teve a mesma competência para desenvolver estrutura hospitalar própria adequada às obrigações constitucionais ou ajustada pela remuneração equilibrada à sustentação dos parceiros privados. Resta às organizações hospitalares atuar em ambiente crítico.

4.7.1 O modelo de gestão antes da Aliança Saúde

Provedores da Irmandade não exerciam a gestão do hospital. Tinham a obrigação de “visitar os Hospitais uma vez por mês”. Exerciam a gestão sobre o hospital. Lá, o Diretor Clínico e os médicos exerciam a gestão clínica e a administrativa. Estavam lá por favor. Não tinham outro vínculo que o de fazer a caridade, posto que atendiam, sem remuneração, pessoas desvalidas e indigentes, as quais eram deixadas aos cuidados das Irmãs que faziam a gestão operacional e atuavam como enfermeiras, também elas trabalhando por caridade. O custeio administrativo era realizado com esmolas, doações, mensalidades dos irmãos, aluguéis de bens recebidos em doação e subvenções remetidas por Prefeituras e pelos Governos Estadual ou Federal. Um dos entrevistados manifesta que não existia um modelo de gestão, pois o hospital não tinha um diretor formal. Só o médico mandava, sem estar interessado em administrar.

Com o SUS, a exigência de quase exclusividade influenciou na receita porque restringiu o acesso ao cliente particular. A Santa Casa não conseguia, com suas receitas, fazer frente às despesas. O déficit foi sendo acumulado.

Os discursos dos agentes envolvidos nos processos permitem identificar que a gestão era tratada como um problema moral. Dizia-se que a Irmandade era honrada e filantrópica. O empenho era humanitário. A instituição era santa, pia, nobre e de misericórdia. O hospital era elegante e espaçoso. Os provedores eram dignos, dedicados, zelosos e incansáveis, ilustrados e distintíssimos, altruístas e venerandos. As irmãs eram carinhosas, dedicadas e caridosas, a exercer sublime apostolado com respeito, disciplina e ordem, além de eficiência e tradição. Os médicos eram distintos e venerandos, sem afetação; tinham alto espírito e

filantrópico desinteresse. A gestão era feita com estoicismo. O tratamento era ameno, carinhoso e desinteressado. A administração era severa e econômica, honrada e filantrópica. Enfrentava dificuldades financeiras inauditas. As crises políticas e administrativas eram indescritíveis. O Estado concedia auxílio; procurava proteger e amparar; dava humanitário impulso. Os enfermos eram alienados ou doidos. A clientela era desvalida e indigente. A relação com o Estado era exercida através influência de pessoas importantes. Essa abordagem predominou até 1999.

O Relatório de 1915 à Assembléia Geral mostrava que os donativos representavam cerca de 9% da receita anual no período de 1907 a 1915. As subvenções de Prefeituras, outros 1%. Os aluguéis de imóveis doados à Irmandade, 18%. Atendimentos a particulares, 15%. Jóias e mensalidade, 1%. O Governo Federal respondia por 1% e o restante (55%) cabia ao governo do Estado. Até a implantação do Sistema único de Saúde, os cofres estaduais foram a fonte principal:

TABELA 2 – ORIGENS DOS RECURSOS DOS HOSPITAIS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA EM 1915.

Receitas	%
Mensalidades e jóias pagas pelos Irmãos	1
Subvenções pagas pelo Governo Federal	1
Subvenções pagas por Prefeituras Municipais no Paraná	1
Donativos de pessoa físicas e jurídicas em dinheiro e em espécie	9
Pacientes particulares pagos por Institutos de Pensão	15
Aluguéis de imóveis do patrimônio recebidos em doação	18
Subvenções pagas pelo Governo Estadual	55
Total	100

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, 1915.

No ano de 1915, a Santa Casa contribuía com 64% da receita e 36% das despesas, enquanto que o Hospital Nossa Senhora da Luz obtinha 36% da receita e originava 64% das despesas:

TABELA 3 – COMPARATIVO DE RECEITAS E DESPESAS EM 1915

%	Receita	Despesa
Hospital da Caridade	64	36
Hospital Nossa Senhora da Luz	36	64
Total	100	100

Fonte: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, 1915.

Dessa época em diante, até meados dos anos 80, os governantes assumiram mais explicitamente que a assistência pública era papel do Estado por intermédio dos hospitais. Da parte dos representantes da Santa Casa, a atuação governamental desenvolvida a partir do SUS passou a ser criticada como falaciosa, ineficaz e desastrosa.

As Irmandades das Santas Casas de Misericórdia pouco mudaram seu modelo de gestão desde 1498, diz um entrevistado. Para ele, tornou-se feudal, antigo e superado. Diante da mudança de cenário, houve agravamento progressivo da saúde econômica das Santas Casas. De vez em quando, um socorro governamental ou uma campanha da população permitia manter o estado pré-falimentar continuado. Não existia renovação. O grupo que mandava na Irmandade e em seus Hospitais era composto por pessoas que se dedicavam sem serem gestores profissionais. Manter o paciente internado, por vezes indefinidamente, resultava em pagamento mensal por paciente internado.

O Hospital Nossa Senhora da Luz era filial da Santa Casa. As decisões e as ações tinham que passar pelo Diretor Geral da Santa Casa. Quinze anos antes da Aliança Saúde, já se discutia a necessidade de profissionalizar a gestão, o que não se concretizou. A presença da PUCPR na Irmandade da Santa Casa foi imposta pela crise. A PUCPR ofereceu auxílio financeiro para sanear a administração e deixar o hospital mais enxuto. Para ganhar agilidade, dispensou empregados com muitos anos de trabalho, reduzindo a quantidade de pessoas.

O Hospital tinha envelhecido, junto com o corpo clínico. Havia pouca abertura interna para a mudança na gestão. Vivia-se de soluções emergências de problemas que surgiam. O gestor médico dava as ordens. Hospitais psiquiátricos eram pequenos feudos em função dos médicos, disseram entrevistados. A área

psiquiátrica era calcificada, com mudanças lentas. Seus responsáveis entendiam não necessitar de validações externas.

Era um hospital padronizado. O modelo de cuidados era recluso. Uma prescrição de medicamentos era válida para todo o mês. Havia pouco envolvimento, pouca motivação. Os procedimentos eram estereotipados desde 1920.

A Santa Casa tinha modelo fadado ao insucesso. Até os nomes Caridade e Misericórdia estavam superados. Qualquer instituição social não progride, se não muda o modelo e adota gestão apropriada. O hospital não pode ser gerido hoje como há 150 anos, arremata um entrevistado.

4.7.2 A transição para a Aliança Saúde

A principal parceira da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia era a PUCPR, com ação na área de residências e estágios. Foi chamada a ampliar a parceria. As negociações tomaram mais de um ano. A Universidade assumiu a gestão. A Santa Casa não foi incorporada. Mantém a personalidade jurídica. A parceria foi chamada de Aliança pela aliança dos serviços de saúde da PUCPR e da Santa Casa, com a criação de um sistema unificado de saúde envolvendo as atividades de saúde da Universidade e da Santa Casa.

Muitos processos foram unificados, com economia de pessoal e aumento de poder de barganha. Algumas inovações gerenciais que já estavam em implementação no Hospital Cajuru foram estendidas a toda a rede. O modelo aproveitou valores da Santa Casa e facilidades de que a Universidade dispunha.

Foi feito o diagnóstico situacional com auxílio do pessoal da administração da PUCPR e um planejamento estratégico. Foi criado grupo para a implantação da nova forma de gestão. Foi feito *benchmarking* em diversos hospitais filantrópicos.

Foram trazidos consultores ligados à atividade de saúde. A implantação trouxe alguns resultados imediatos. Houve dificuldades e resistências em outros aspectos.

Os entrevistados dizem ter feito uso de referenciais científicos para elaborar o modelo de gestão com o objetivo administrativo e clínico de constituir uma gestão empreendedora. Houve redução de cargos com a extinção da diretoria administrativa e a criação da diretoria geral e das gerências de negócio.

Foi redesenhado também o modelo assistencial, o qual permitiu um Programa de Humanização, com foco na reinserção na comunidade. Para que pudesse haver a substituição do modelo asilar, foi mudado quase todo o corpo clínico. Oitenta por cento dos médicos foram substituídos.

A colocação de interesses pessoais e a visualização do futuro profissional pessoal dentro do novo modelo causaram muitas resistências. Muita gente manifestou desagrado por perder poder e amplitude de decisão. Houve resistências dos que não entendiam a intenção do novo modelo ou não aceitavam suas conseqüências. As áreas que tinham autonomia buscavam justificativas para inviabilizar a transformação. Os médicos psiquiatras tiveram dificuldade para aceitar as mudanças. A PUCPR era vista como invasora.

Com a mudança do modelo, os hospitais da Aliança foram estruturados em função de macro-processos: o dos pacientes internados, o dos pacientes externos e o de apoio administrativo. Foi criado Programa de Qualidade Total para servir como instrumento da gestão empreendedora. As rotinas, normas e protocolos do Programa de Qualidade introduziram limitações à autonomia do médico. A constituição das UGB e o trabalho em equipes multidisciplinares trouxeram novo desafio a médicos pouco afeitos a participação em colegiados. Passou-se a adotar parâmetros de custos para procedimentos.

O hospital asilar era cronificador de pacientes. Praticava convulsoterapia por eletrochoque. Deu-se início a um processo transformador com a finalidade de criar um centro de referência de ensino, tratamento e pesquisa, de acordo com diretrizes da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde. Foram criadas as unidades gerenciais e nomeados administradores em substituição à autoridade técnica do médico. O modelo organizacional levou a demanda por processos de formação. Também cresceu em importância a ação das equipes.

4.7.3 As conquistas da nova gestão da Aliança Saúde

Houve mudança de paradigma com a nova gestão. Com relação à administração, os resultados são vistos como importantes. Os gestores afirmam buscar a transparência total. Os indicadores e as metas são dados como transparentes para todos. O resultado financeiro continua deficitário e não se conseguiu construir solução até o momento. São necessárias fontes alternativas de receita (ainda não identificadas), já que a remuneração do SUS não permite a auto-suficiência. Houve redução de custos e otimização dos processos. A centralização permitiu negociar preços melhores, porque se compra em quantidades maiores. O peso da Aliança se modifica em relação ao mercado em função de ter, no conjunto, o maior número de leitos em Curitiba. Representa força econômica diferente da que havia, quando cada um trabalhava isoladamente.

O modelo público atual de hospital psiquiátrico é pequeno, com até 200 leitos. Tornam-se viáveis sob o aspecto econômico-financeiro e de resolubilidade, se houver gestão profissional e moderna. A missão é transformar um manicômio em centro de referência de cuidados ao transtorno mental, de ensino e de pesquisa.

Uma mudança central vem sendo construída no Hospital Nossa Senhora da Luz. Discute-se que a sociedade não precisa mais de caridade. Precisa de assistência de qualidade e de remuneração justa que garanta a sustentabilidade. Os discursos dos gestores estratégicos já admitem que não há filantropia sem dinheiro. Negam a possibilidade de manter hospitais financeiramente inviáveis, independentemente do que se tenha conseguido em outros pontos do planejamento estratégico e da sua importância para a comunidade. A permanente revisão da estratégia vem indicando que não há modelo de gestão capaz de fazer frente à inviabilidade originada no ambiente externo.

Os envolvidos na Aliança Saúde, mantenedora, vivem crise ética porque limitar o acesso de pacientes à capacidade financeira e patologias mais rentáveis significa selecionar pessoas que podem (ou não) ter acesso a chance de sobreviver.

Quando mais de 94% dos atendimentos são feitos pelo Sistema Único de Saúde, que amarra uma diversidade de procedimentos não interessantes para a instituição, o prejuízo é maior quando se opera na capacidade máxima. Procedimentos de alta complexidade dão retorno pequeno, mas, junto com eles, há procedimentos deficitários de que não se tem como fugir.

Um sistema de informações mais avançado daria ferramenta para evidenciar a verdade dos custos reais. O que existe no Hospital é visto como uma colcha de retalhos. Os sistemas não se interconectam, são obsoletos e não confiáveis. O suporte de informação é ruim. O mapeamento dos processos que deve preceder a automatização ainda não foi realizado de modo pleno.

Dizem alguns diretores que o hospital estaria auto-sustentável se tivesse conseguido implantar a gestão empreendedora de maneira rápida e que não tivesse ficado só no planejamento. Outros apontam que faltou autonomia, inclusive de

recursos, para a transformação. A cúpula da controladora deixou de atender a alguns aspectos fundamentais como a informatização e a gestão informatizada. Teria ainda deixado de atender à necessidade de investimento efetivo para tornar realidade o hospital-escola, ao ponto de haver reprovação pelo MEC.

A estrutura predial é obsoleta, o que dificulta o internamento de pacientes com poder aquisitivo melhor para contrabalançar com a receita vinda do SUS.

4.7.4 O futuro da Aliança Saúde

Há divergências na cúpula de comando da Aliança Saúde quanto ao distanciamento entre a estratégia e o resultado financeiro. Chega-se a afirmar que há disputa pelo poder. Alguns dirigentes entendem que cumpriram seu papel ao definir a estratégia. O problema estaria no processo “lá em baixo”, que não responde. O processo está modelado e não funciona. Não se pode ter Gestão Empreendedora, se nem os orçamentos são realizados adequadamente. Cada unidade tem que ganhar eficiência e eficácia. Em contraposição, outros registram que não dá para ter Gestão Empreendedora sem autonomia para empreender.

O modelo de gestão questionado precisa cumprir a missão institucional e alcançar a viabilidade econômico-financeira. Atribui-se ao modelo de gestão as dificuldades de desempenho. Novas mudanças dependerão das análises já em curso. A recente contratação de consultorias externas para repensar a organização indica que os dirigentes da controladora da Aliança Saúde não reconhecem, em suas equipes, a presença das competências para o repensar permanente da organização que a gestão empreendedora pretende evidenciar. Após cinco anos de Aliança Saúde, os próprios profissionais ainda não estariam aptos a continuar a transformação do modelo de gestão que eles mesmos criaram.

A tarefa de conciliar o empreendimento privado sem objetivo de lucro que presta serviços públicos de cuidados à saúde com as possibilidades do Sistema Único de Saúde é um grande desafio. Drucker (2003, p. 203 e 208-212) destaca a necessidade de discussão do espírito empreendedor em serviço público. Segundo ele, deve-se “fugir da tentação mortífera de alocar recursos produtivos à crise diária e, com isso, obter um pouco mais do que já existe”. O gestor deve lutar contra resistências e exercer atividade pedagógica para a formação dos profissionais. Adiar dispêndios inevitáveis é agravar problemas.

O empreendimento privado sem objetivo de lucro que presta serviços públicos em hospitais e escolas, continua Drucker (2003, p. 245-248), precisa ser mais empreendedor e inovador que outros negócios. Pode ter que enfrentar o “anátoma doloroso” de mudar o que sempre foi feito. Pode ser até o caso de ter que reconhecer o fracasso, particularmente quando a dimensão absoluta da ética de fazer o bem se torna incompatível com a dimensão econômica do custo-benefício.

4.7.5 As realizações da gestão empreendedora na perspectiva dos gestores

A abordagem por processo é, na ótica dos dirigentes, uma das maiores realizações da gestão implantada, além de ser inédita no País.

Drucker (2003, p. 226-227), em sua perspectiva gerencialista, afirma que os esforços inovadores devem ser negócio separado, para o qual se deve montar projeto dirigido por executivo encarregado da inovação, não envolvendo os executivos abaixo ou acima na hierarquia. Trabalha-se, neste estudo, com a opção divergente de que a gestão empreendedora cuida da transformação da organização toda, mais que da criação de um produto ou objeto novo. Assim, a opção não é criar um enclave empreendedor mas buscar a democratização que vincule todo o

conjunto de profissionais à inovação incremental e geradora, com base num esforço comum de criação de competências através da aprendizagem coletiva. A abordagem por processos, que Watson (2005, p. 14-23) denomina “lógica processual-relacional” em oposição ao modelo sistêmico-controlador, tem como virtude ver a organização como conjunto de relações e de acordos. As organizações, particularmente as de serviços, desenvolvem processos. A relação processual-relacional do trabalho e da gestão torna importante a construção social da realidade pela aprendizagem. A gestão, nessa perspectiva, é a participação intrínseca pela qual os gestores se propõem aprendizes e buscam desenvolver a competência de todos para a gestão.

Na organização em estudo, a gestão estratégica é apresentada como processo sistemático, planejado, administrado e executado, “envolvendo todos os seus gestores”. Reconhece-se a necessidade de que sejam uniformizados os processos porque antes eram contraditórios e havia muitas repetições e superposições. O trabalho por processos requer que as pessoas percebam as interferências das decisões de um processo em outros. O modelo proposto pela organização propõe a abordagem por processos, mas aplica princípios do modelo sistêmico-controlador.

Os dirigentes dizem ter buscado a agilidade administrativa para cuidar dos resultados negativos e dos processos de cuidado superados e contrários à ordem legal vigente. Aspecto destacado é o que menciona que os processos lucrativos haviam sido terceirizados, condição que se buscou alterar. Para Drucker (2003, p. 189-192 e 199), a inovação deve ser simples, pequena e modesta (pouco dispendiosa), mas deve levar à mudança conceitual e perceptual. Não deve haver pressa e nem fazer coisas demais no início, mas concentrar-se em aprender como ser empreendedor e como inovar.

Dirigentes do Hospital afirmam ter estratégia de treinamento para melhorar as competências, mas não se sabe quais competências faltam. Por conseqüência, é limitada a possibilidade da aprendizagem em conexão com carências de competência. A fragilidade do sistema de informações impede a sofisticação do processo formador. O que se tem é um trabalho informal e vinculado a levantamentos de necessidade de treinamento, sem garantia da correspondente realização. Aprendizagem organizacional é ajudar pessoas responsáveis por um processo a descobrir, em conjunto, os problemas, a investigar suas causas, a buscar alternativas e a agir de acordo com a alternativa escolhida (SENGE, 1998, p. 337). A criação de ambiente de aprendizagem ultrapassa o oferecimento de treinamento.

Drucker (2003, p. 246) diz que as instituições de serviço público são reativas e só inovam por imposição externa ou por catástrofe. O Hospital Nossa Senhora da Luz direciona a atividade dos gestores da UGBs para avaliar se o empregado propôs melhorias em sua área de competência para melhorar os resultados, ensejando limitadas formas de envolvimento da equipe. É reconhecida a necessidade de que a identificação de competências seja automática e paralela ao desenho do processo. A gestão do conhecimento e o mapeamento de competências devem ser usados para definir as competências de que a organização precisa e as que já tem. Não foi criado mecanismo de gestão que garanta essa prática. O Prêmio Excelência do Sistema Aliança de Gestão é iniciativa capaz de oferecer essa alternativa, se envolver todos os profissionais em cada equipe. No entanto, vem sendo conduzido de forma inconstante. Formação mais sofisticada é destinada aos gestores, vistos como aqueles que devem ter especialização. Os demais profissionais não têm o mesmo tratamento.

Por ter sido começado o mapeamento de competências, embora de forma não estruturada, os gestores entendem que, com isso, começou a ser feita a gestão de conhecimento.

O processo de mudança criou a administração profissional e a organização enxuta, com as Unidades Gerenciais Básicas, com busca da inovação por meio do *empowerment* dos gestores das Unidades Gerenciais Básicas. É o único hospital psiquiátrico do Brasil a adotar uma administração por processo, dizem os gestores. Outra inovação é o atendimento interdisciplinar no ambulatório. Os gestores do Hospital entendem terem sido criadas oportunidades de aprendizagem para todos, cuja atuação se dá em equipes autogerenciadas.

Em suas manifestações, os dirigentes não utilizam as expressões processos, competências ou aprendizagens essenciais ou críticos, e nem qualificam as decisões como devendo ser baseadas em fatos.

Dirigentes estratégicos dizem que o pessoal operacional deve ter vínculo com a gestão empreendedora porque os gestores de equipe receberam a incumbência de disseminar. O sistema de gestão pressupõe a disseminação nas unidades gerenciais básicas. Se antes havia feudos, em função da maneira como as unidades eram estruturadas, alguns ainda continuam. Esse disseminar e discutir significou entregar o modelo pronto, como se fez com o Prêmio Excelência, do Programa de Qualidade. O modelo de gestão tem buscado criar uma elite empreendedora, sem direcionar os esforços para criar a organização empreendedora.

O planejamento estratégico teve como finalidade disseminar a visão estratégica. Para chegar ao planejamento estratégico, foi feita análise do ambiente externo e do ambiente interno. A formulação estratégica previu missão, lema, visão,

vetor de negócios, coordenadas estratégicas, postura estratégica, diferencial competitivo e os objetivos. Inicialmente houve definição dos objetivos. Em seguida, definição das estratégias. As ações estão relacionadas com a estratégia e definidas no planejamento estratégico pela administração superior. Cada ação tem indicador que se relaciona o plano estratégico. A formulação estratégica está calcada na assistência à saúde de baixa e média complexidade; suporte ao ensino (por ser hospital universitário com atividades de ensino e de pesquisa, acopladas à atividade assistencial); desenvolvimento da saúde mental; e centro de promoção à saúde e reabilitação. As estratégias buscam a auto-sustentação econômico-financeira e a excelência nos cuidados à saúde. Empregados da base operacional afirmam que se solicita esforço para superar os resultados negativos, mas que não se divulga e discute aspectos mais concretos dos problemas existentes e demandas mais específicas para a sua superação.

Afirma-se que a gestão estratégica é processo sistemático, planejado, administrado e executado por todos os gestores. O monitoramento do ambiente externo verifica oportunidades e ameaças; o do ambiente interno, forças e fraquezas.

Foram desmontadas as estruturas anteriores e criada administração profissional. Pessoas precisam ficar internadas. Isso é um macro-processo. Pessoas precisam de atendimento, mas não precisam ficar internadas. É outro macro-processo. Para que tudo isso funcione, é necessário o apoio administrativo. É outro macro-processo. O Hospital Nossa Senhora da Luz foi estruturado em função desses macro-processos, sendo que, dentro deles, cada processo foi incorporado por uma unidade de negócio.

O perfil único dos usuários nas Unidades Gerenciais permite o trabalho mais eficaz porque é mais focado. O objetivo de atender com resolutividade levou ao redesenho do modelo administrativo e da estrutura, bem como do modelo assistencial, com foco na cidadania pela reinserção na comunidade.

Os diretores dizem que foi feito o mapeamento de todos os processos, embora os profissionais consultados afirmem que isso se fez de maneira significativamente incompleta. As atividades formadoras são direcionadas para a gestão administrativa e para o corpo técnico. Só fica habilitado como gestor se fizer o curso de gestão de saúde. A Divisão de Recursos Humanos da PUCPR construiu projeto de treinamento de gestores, basicamente para dar ferramentas de gestão de pessoas e capacitar para o programa de qualidade. Dizem existir ações de capacitação para a competência, além de ser trabalhada a mística institucional para a afinação dos propósitos pessoais com os propósitos da instituição.

A direção “não dá o processo decisório todo para os gestores”, mas eles se sentem participantes do processo decisório e importantes no fornecimento de informações e sugestões, embora as decisões sejam tomadas pela diretoria.

O Sistema Aliança de Gestão trata do fluxo de comunicação e decisão. O gestor, por sua liderança, perfil inovador e trabalho em equipe multiprofissional, deve fazer com que as equipes sejam auto-gerenciáveis e multidisciplinares. Cada gestor teria autonomia para trabalhar dinâmicas voltadas para a melhoria da gestão, tendo liberdade para a criatividade e a inovação.

Existem documentos oficiais definindo o Sistema Aliança de Gestão, o modelo de liderança, o fluxo da comunicação, o fluxo decisório, registrados segundo a metodologia da ISO. O planejamento é distribuído para os gestores das equipes disseminarem e discutirem com as equipes de suas unidades.

Cada UGB tem pasta com os processos já mapeados e os indicadores já estabelecidos, com a legislação e a documentação. O objetivo é documentar os processos e definir as competências que lhe são correlatas.

Um dos pilares da mudança seria a capacitação das pessoas. A escolha da Gestão Empreendedora foi intencional pelo fato de que era necessário que as pessoas se envolvessem no processo de mudança. Foram escolhidas, para gestores, pessoas que davam segurança pela lealdade. Não era preocupação mudar as pessoas. Era preocupação de que mudassem e fossem preparadas para exercer novo papel. A regra do jogo tem sido dar oportunidade ao pessoal interno, sem contratar pessoas de fora, o que segura muitos profissionais.

A gestão empreendedora tem que ser prática efetiva. É um processo em andamento. O modelo de gestão é bastante estruturado, se comparado com o de outros hospitais. Há boas práticas, mas o planejamento estratégico não foi suficiente para a efetividade, especialmente a econômico-financeira.

O hospital é organizado em função dos indicadores, processos e metas, sempre tendo foco em resultados, principalmente a resolutividade que garante a satisfação dos usuários.

O modelo de gestão da Aliança tem a superação dos problemas de resultado financeiro como fundamental, ainda não atingido. Com a introdução do modelo de gestão e com as mudanças, já se esperava estar obtendo resultados financeiros positivos. O processo de capacitação para a qualidade ofereceu oportunidade de pessoas apresentarem propostas de melhoria e de solução. Houve integração maior com a PUCPR.

A identidade buscada é a da humanização e da qualidade. A qualidade da assistência melhorou e a qualidade de vida dos profissionais do hospital também. Eles têm expectativas agora. Antes, tinham obrigações.

O processo de reorganização atuou na qualidade da assistência e na busca da reinserção social. Foram unificados os processos corporativos comuns dos hospitais e deslocados para a PUCPR. O mapeamento dos processos dos setores é o que tem que ser feito. Alguns trabalhos são feitos de forma improvisada.

De acordo com um entrevistado, qualquer organização só pode conseguir nova clientela se tiver produto bom. Se tiver produto ruim ou caro, vai continuar dependendo do SUS. Se tiver produto bom a preço justo, tem valor: “Para quem produzia 100 há 3 anos e produz 190 hoje, com a mesma base dos empregados, é visível o ganho de produtividade com menor custo”. Houve ganho de escala. Mudou a característica de serviço asilar. O *turnover* atual é de 80%. Não se faz mera desospitalização. Os pacientes são ressocializados. (Entrevista 14, 2004).

A lógica da produtividade empresarial tem que conviver produtivamente com os princípios. A busca da certificação da qualidade leva a otimizar a relação de produtividade em todos os níveis nas prestações internas e externas por meio da atenção à saúde. Foram determinados requisitos técnicos para as pessoas assumirem postos de trabalho. O Programa de Qualidade do Sistema Aliança de Gestão estão sendo desenhados.

O Hospital Nossa Senhora da Luz é católico. Dizem os dirigentes que a família cristã, católica, marista e filantrópica busca a integração das áreas de educação, saúde e comunicação. O sentido simbólico da queda dos muros do hospital foi a abertura para olhar para fora e levar, de dentro, as pessoas do hospital a “estarem atentas aos barulhos das ruas”.

Os resultados têm sido importantes pelo ganho de escala na otimização dos recursos. No entanto, não foram obtidos todos os resultados planejados para uma efetividade econômica e financeira, apesar dos indicadores, processos e metas, focados em resultados e satisfação dos clientes. A relação de humanização demanda relações internas de parceria.

O Hospital tem restritas possibilidades de adequação às exigências da informatização, porque tem investido escassamente nessa e em outras tecnologias.

4.8 OS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

Até a década de 1990, a gestão do Hospital Nossa Senhora da Luz não dava prioridade a processos de aprendizagem na organização. A partir da Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa, ocorreram mudanças profundas.

4.8.1 Aprendizagem organizacional antes da Aliança Saúde

Antes da Aliança Saúde, a aprendizagem organizacional não era tema presente nas preocupações da Diretoria da Irmandade ou dos gestores diretos. Os registros existentes mostram que era dada alta importância ao fato de que o Hospital da Santa Casa e o Hospital Nossa Senhora da Luz eram local de prática para formação de médicos quando ainda não havia faculdades de Medicina no Estado.

Desde 1912, tornou-se espaço para a residência médica do Curso de Medicina da Universidade do Paraná (futura Universidade Federal do Paraná), até que fosse inaugurado o Hospital de Clínicas na década de 1950.

Em 1956, a Santa Casa passou a abrigar a residência médica do Curso de Ciências Médicas, incorporado, em 1959, à PUCPR (HOERNER, 2002, p. 120-121).

A formação em residências médicas era controlada pela direção clínica do Hospital que, inclusive, supria de recursos e pagava a residência. Para outros segmentos, não eram desenvolvidos projetos de formação.

O centro do poder e da autoridade era o médico e a produção de conhecimento era voltada para as habilidades técnicas desse segmento. Um entrevistado afirmou que, em mais de 20 anos de trabalho, não se recordava de que tivessem sido oferecidos cursos para os empregados do hospital.

É preciso ter presente o comentário de Pereira (1995, p. 31) que evidencia não existir ainda, no início do Séc. XX, uma ciência social que operacionalizasse conhecimentos em modelos gerenciais para orientar a administração das organizações. Nesse período, o poder era centralizado e as decisões era tomadas no “nível superior”, sendo entendida como pouco necessária a formação para empregados da base operacional.

4.8.2 Aprendizagem organizacional na transição para a Aliança Saúde

Drucker (2003, p. 210) vê como fundamental a integração da aprendizagem ao desempenho da equipe empreendedora.

A prática adotada no momento inicial da Aliança Saúde, e que se mantém, segundo os entrevistados, foi a de desenvolver competências para gestores das UGBs. Com formatação customizada, um curso em nível de pós-graduação é oferecido na PUCPR, com disciplinas de empreendedorismo, custos, qualidade e outras. Os participantes pagam pelo curso e obtêm bolsa de 50%.

Na grade de conteúdos, não há módulo para formação da competência pedagógica do gestor voltada para o trabalho em equipe. A atenção é voltada para os aspectos burocráticos da gestão. Contudo, a competência pedagógica compõe o

compromisso da Política da Qualidade da Aliança Saúde (2004, p. 13) de “promover o desenvolvimento das pessoas e potencialização das competências” e a “cultura do aprendizado contínuo como parte do seu trabalho”.

QUADRO 24 – CONTEÚDO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA GESTORES

MÓDULO	DURAÇÃO	TEMA	CONTEÚDO
1	8 h.	Gestão de pessoas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ o papel do gestor ▪ a liderança ▪ a comunicação ▪ o trabalho em equipe
2	8 h.	Competências	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mapeamento ▪ atribuições
3	8 h.	Seleção de pessoas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ conceito de recrutamento e seleção ▪ técnicas de seleção ▪ custos ▪ aspectos levantados na seleção ▪ cuidados na entrevista ▪ postura do entrevistador ▪ simulação de entrevista com roteiro ▪ integração do novo empregado ▪ avaliação no período de experiência
4	8 h.	Desligamento de pessoas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ o que é desligamento ▪ modalidades de desligamento ▪ estado emocional do demitido ▪ responsabilidade por demitir ▪ respeito pelo demitido ▪ mentira ou omissão ▪ simulação de demissão ▪ assédio sexual ▪ entrevista de desligamento
5	8 h.	Política de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ jornada e trabalho ▪ afastamento ▪ folha de pagamento ▪ rescisão ▪ custos da rescisão ▪ implicações legais da rescisão ▪ 13º salário ▪ afastamento previdenciário ▪ administração de horas extraordinárias ▪ preenchimento de formulários ▪ movimentação de pessoas
6	16 h.	Atendimento ao cliente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ atendimento ao cliente
7	8 h.	Necessidades de treinamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ levantamento de necessidade de treinamento ▪ acompanhamento de resultado de treinamento ▪ higiene do trabalho ▪ segurança do trabalho
8	4 h.	Contabilidade básica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ contabilidade básica
9	4 h.	Direito trabalhista	<ul style="list-style-type: none"> ▪ direito trabalhista ▪ justiça do trabalho
10	4 h.	Didática	<ul style="list-style-type: none"> ▪ didática ▪ técnicas de apresentação

FONTE: Aliança Saúde, 2004.

Senge (1998, p. 13-14) propõe que, para gerar competitividade, profundas mudanças internas são necessárias, particularmente na mente dos que têm poder e influência. Devem liderar pelo exemplo. Na organização em estudo, a opção da política organizacional é, conceitualmente, coerente porque posiciona o papel do gestor como o do agente pedagógico para o desenvolvimento das pessoas. É sintomático, nessa grade formadora para capacitação dos gestores, que se dê relevância ao levantamento das necessidades de treinamento e ao acompanhamento de resultado de treinamento. Resulta um hiato entre o levantamento e o acompanhamento, como se o intervalo devesse ser preenchido em outro espaço, em outro tempo, por outras pessoas. Desenvolver quer dizer romper com as perspectivas presentes. Desenvolver é desenrolar, originar ou produzir. Esse papel é indelegável do gestor.

No entanto, a gestão da atividade de formação foi assumida pela PUCPR, através de sua divisão de Recursos Humanos. É mais uma das atividades que foram verticalizadas. Levantadas as demandas por treinamento, são remetidas à PUCPR. Essa decisão teve o propósito de criar sinergias, utilizar a competência instalada da Universidade na área da formação de pessoas, além de reduzir custos. Pode, no entanto, estar dando origem a adoção de uma perspectiva menos interessante à plena implantação da gestão empreendedora. O instrucionismo é problemático porque traz a abordagem linear, de cima para baixo e de fora para dentro (DEMO, 2002, p. 127-142). As perspectivas educadoras da universidade são diferentes daquelas da aprendizagem em organizações.

Aponta-se pioneirismo do Hospital em atuar com coletivos multiprofissionais com foco na interdisciplinaridade, em que se põe relevância na figura do gestor. Após cinco anos de Aliança, os dirigentes vêem a existência de um

esboço de equipe multidisciplinar. O *empowerment* é destinado ao gestor para evidenciar a sua importância na organização. A ele cabe buscar a inovação e uma forma diferente de trabalhar. O gestor é entendido como o catalisador, por sua competência interpessoal e relacional. Os entrevistados dizem que o gestor de cada unidade tem liberdade para usar a sua criatividade e seu espírito inovador. A divisão em unidades gerenciais básicas, exigiu a “criação de líderes” e seu desenvolvimento por meio de treinamentos. Em troca, esses líderes colocaram responsabilidade maior “em cima” de toda a equipe. Eles líderes são vistos como importantes no fornecimento de informações, de sugestões, embora, na maioria das vezes, a diretoria tome as decisões.

Essa ênfase nos gestores se aproxima da proposta de Mintzberg e Quinn (2003, p. 231-238) em que o papel destacado é o do líder. Embora reconheçam a necessidade de mudança na forma de pensar, essa necessidade é vinculada, por esses autores, a uma percepção superior individual. No entanto, não é correto pressupor que a inovação e o empreendedorismo sejam naturais ou espontâneos, diz Drucker (2003, p. 205). Decorrem de empenho, esforço e aprendizagem coletivos. A empresa empreendedora trata o empreendimento como dever que exige trabalho coletivo.

4.8.3 Aprendizagem organizacional atual na Aliança Saúde

Os líderes do Hospital e das instituidoras e mantenedoras utilizaram, em 57 vezes, o substantivo “treinamento” e mais seis referências a formas derivadas. Os substantivos “aprendizado” e “aprendizagem” foram utilizados num total de seis vezes e as formas derivadas tiveram 14 citações. Os gestores entrevistados são professores universitários (72%) e alguns têm formação em Pedagogia. Revelam um

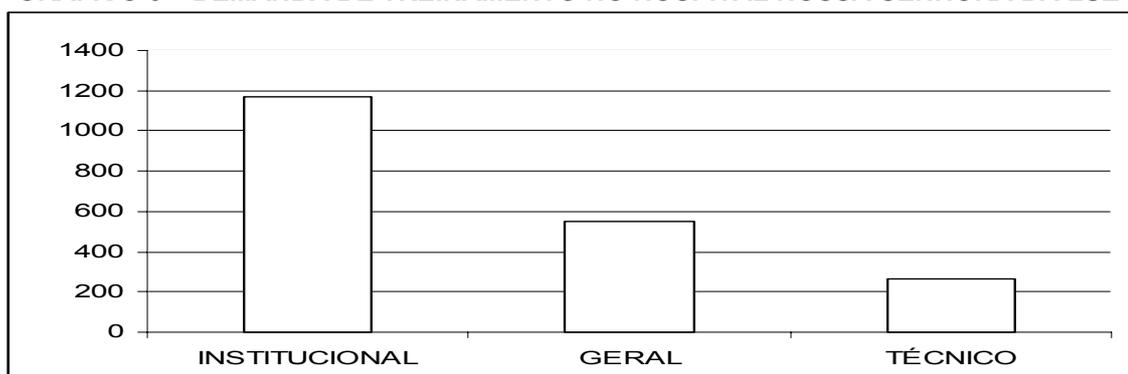
entendimento de que a atividade educativa na organização é função da escola, uma atividade externa ao Hospital.

O levantamento das necessidades de treinamento se fez por reunião de gestores que catalogaram as demandas por treinamento. O “catatau” com a demanda para 2004 provocou “um susto” quando apresentado à diretoria. Esta, remeteu o volume à PUCPR, responsável pelo assunto.

O relatório da Divisão de Recursos Humanos, de Abril 2004, apresenta o Resultado do Levantamento de Necessidades de Treinamento. As demandas são dispostas em três áreas de concentração: treinamentos institucionais, gerais por tipo de serviço e para serviços com enfoque técnico. O documento registra que se trabalha dentro do conceito de Educação Corporativa. Para os gestores, treinar é contribuir para a formação, a manutenção ou a melhoria da imagem da organização frente ao mercado e o cliente.

Esse relatório registra que a figura do educador corporativo nos hospitais da Aliança Saúde ainda não está instituída com clareza e que, posteriormente, serão elaborados critérios de valorização do instrutor interno.

GRÁFICO 5 – DEMANDA DE TREINAMENTO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ



Fonte: Aliança Saúde, 2004.

Foram solicitadas 1.924 vagas para 106 eventos de 99 cursos, com demanda média de 19,4 vagas por curso (veja-se o anexo 1). O documento Prioridades de Treinamento indica como prioritários oito cursos apresentados na

demanda, vinculados ao enfoque técnico, beneficiando 86 profissionais (4% da demanda). As prioridades teriam sido definidas por telefone, segundo o relatório.

De janeiro a outubro/2004, foram realizadas 17 atividades formadoras em 44 eventos, com 380 participantes, numa média de oito participantes por evento e 37 participantes por mês. Nenhuma das atividades realizadas consta da relação de priorizadas e 30% delas não aparecem na relação das solicitadas. Os eventos formadores têm duração de um dia em geral. Alguns têm duração de dois dias. Os eventos foram concentrados em maio/junho (56%). De janeiro a outubro, foram atendidos 16% da demanda apresentada:

TABELA 4 – TREINAMENTOS REALIZADOS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ EM 2004 (JAN./OUT.)

	1 – DEMANDA	2 - PRIORIDADE	3 - REALIZAÇÃO
A - INSTITUCIONAL	1171	0	301
B – GERAL	549	0	80
C – TÉCNICO	204	86	0
TOTAL	1924	86	381

Fonte: Aliança Saúde, 2004

4.8.4 O projeto pedagógico e a aprendizagem organizacional no Hospital em estudo

Não se encontrou no Hospital, durante a pesquisa, processo estruturado para o atendimento da demanda de atividades formadoras ou a presença de projeto pedagógico explícito, embora se possa inferi-lo a partir dos registros institucionais. As respostas ao questionário apontaram alto nível de discordância (97%) quando se pergunta se a equipe conhece o projeto pedagógico do Hospital.

Os profissionais, perguntados se a Diretoria incentiva a aprendizagem permanente, expressaram alta discordância (91%). Indagados se as práticas formadoras derivam de carências nas competências, 30 respostas (em 35 questionários) apontam discordância. Quanto à participação da Equipe nas práticas

formadoras, 91% das respostas estão localizadas nas faixas de discordância. 74% das respostas indicam que a Equipe não tem práticas que garantam a busca da aprendizagem permanente. Quanto aos treinamentos, 91% das respostas apontam discordância total quanto à sua participação na escolha dos que serão ofertados. As práticas de aprendizagem não são coerentes com o planejamento estratégico para 94% dos respondentes. Para 77% dos respondentes, o diagnóstico das competências não foi feito a partir dos processos, até porque os processos não foram mapeados de forma significativa.

Consta da missão da Aliança Saúde o contínuo desenvolvimento do ensino. Tal se prende ao fato de os hospitais da Aliança Saúde serem espaço para práticas formadoras dos cursos da área da saúde na PUCPR, ao mesmo tempo em que estão voltados para a assistência à saúde da população e para a pesquisa. Esse aspecto e a qualidade dos recursos humanos são forças da avaliação estratégica (ALIANÇA SAÚDE, 2003, p. 7-8).

O Relatório Anual 2001 da Aliança Saúde registra que, entre os “imperativos institucionais”, está a capacitação. O desenvolvimento de pessoas é referido como “sub-produto” do planejamento estratégico (ALIANÇA SAÚDE, 2002, p. 13-14). Os treinamentos e as atividades formadoras desenvolvidos em 2001 tiveram 90 participantes, num total de 2.016 horas. Os oito cursos desenvolvidos são relacionados ao Programa de Qualidade (Normas ISO e Programa de Acreditação Hospitalar). Um dos pilares da mudança seria a capacitação. O começo da capacitação se fez com formadores externos. Foram estudadas as Normas ISO, a Acreditação Hospitalar, além de *benchmarking* na Santa Casa de Porto Alegre, no Hospital São Lucas de Porto Alegre e em hospitais de São Paulo.

QUADRO 25 – TREINAMENTOS NO HOSPITAL NOSSA SENHORAS DA LUZ EM 2001

Nº	Curso / Atividade	Carga horária	Participantes	Horas (total)
1	Interpretação da norma ISO	20	7	140
2	Integração das unidades da Aliança Saúde	12	7	84
3	Formação de auditores internos	24	5	120
4	Padronização de processos	24	36	864
5	Grupos de trabalho do Sistema de Gestão	40	7	280
6	Formação de facilitadores da Acreditação	16	24	384
7	Formação de facilitadores da Acreditação	24	1	24
8	Grupos de trabalho da Acreditação	40	3	120
	Total	200	90	2.016

Fonte: Aliança Saúde, 2002, p. 47.

Em 2002, foram desenvolvidos treinamentos e atividades com 452 participantes, num total de 2.493 horas.

QUADRO 26 – TREINAMENTOS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ EM 2002

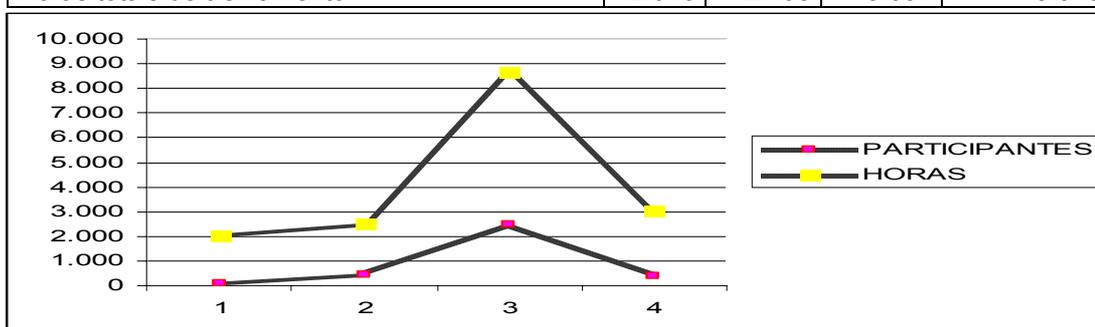
Nº	Curso / Atividade	Carga Horária	Participantes	Horas Total
1	Segurança no trabalho - manutenção	1	24	24
2	Clientizar	16	3	48
3	Higienização	6	71	426
4	Resíduos hospitalares	1	108	108
5	Grupos de oito	1	79	79
6	Atualização centro de material	20	2	40
7	Mapa das cores	2	90	180
8	RBL	48	16	768
9	Interpretação da norma ISO	20	29	580
10	Auditoria interna	8	4	32
11	Análise da causa de não-conformidade	8	26	208
	Total	131	452	2.493

Fonte: Aliança Saúde, 2003, p. 44.

Em 2003, sob o título Educação Continuada, o Relatório Anual (p. 54) registra que foram desenvolvidos treinamentos e atividades com 2.493 participantes, num total de 8.631 horas. Não foi divulgada a relação dos eventos. É afirmada a existência do Centro de Educação Continuada, com treinamentos promovidos internamente, pelo Núcleo de Treinamento da Divisão de Recursos Humanos da PUCPR e pelo Escritório do Sistema Aliança de Gestão.

GRÁFICO 6 – EDUCAÇÃO CONTINUADA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

Ano	2001	2002	2003	2004
Participantes	90	452	2.493	381
Horas totais de treinamento	2.016	2.493	8.634	3.048



FONTE: Relatórios anuais da Aliança Saúde, 2002, 2003 e 2004.

O diagnóstico estratégico da Aliança Saúde para 2010, ao analisar o ambiente interno do Hospital Nossa Senhora da Luz, indica, em escalas de 1 a 5, os pontos favoráveis e os negativos levantados. Estes são avaliados quanto a sua Gravidade, Urgência e Tendência. Foi encontrada predominância de pontos negativos no conjunto do Hospital Nossa Senhora da Luz.

Os aspectos analisados foram os institucionais, os gerenciais, os operacionais, os organizacionais, os informacionais, e os comportamentais. Esse último aspecto apontou o seguinte resultado:

QUADRO 27 – DIAGNOSTICO COMPORTAMENTAL – 2002 - QUALIFICAÇÃO

ITENS	SITUAÇÃO	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA
Profissões técnicas (médicos)	Positiva	Favorável	Favorável	Favorável
Profissões técnicas (demais)	Positiva	Necessita melhoria	Necessita melhoria	Necessita melhoria
Pessoal administrativo	Negativa	Desfavorável com dano importante	Agir com urgência	Tende a piorar
Integração				
Motivação				

Fonte: A partir de Aliança Saúde, 2002.

A qualificação dos médicos é entendida como favorável. A qualificação dos demais profissionais da área da Saúde é pontuada como desfavorável, com necessidade de melhoria imediata. A qualificação do pessoal administrativo é vista como negativa e, sob o ponto de vista da gravidade, é mencionada como tendo dano

importante. Quanto à urgência, há indicação da necessidade de ação relativamente urgente. Quanto à tendência, se nada for feito, a situação vai piorar.

Outros dois aspectos relevantes são os que tratam da integração e da motivação. Também negativos, têm gravidade com dano importante. Quanto à urgência, há indicação da necessidade de ação relativamente urgente. Quanto à tendência, se nada for feito, a situação vai piorar.

O relatório não colocou o assunto como sendo prioritário. Prioridade 1 é dada para a situação financeira e para a econômica, vistas como decisivas. Seguem o sistema de informações gerenciais, com prioridade 2 e o sistema de informações médico-hospitalares, com prioridade 3, mesmo nível dado ao planejamento físico-financeiro e à filosofia institucional.

A avaliação estratégica decorrente desse diagnóstico, por sua vez, não inclui a qualificação das pessoas como uma das fraquezas que afastam oportunidades e potencializam ameaças. Há prioridade para o ensino, a pesquisa e a extensão relativamente às pessoas vindas da Universidade para residências, estágios e outras formas de práticas em Saúde. Não se identificou preocupação igual para com o pessoal do quadro próprio. Para esse, foi desenvolvido o Prêmio de Excelência Sistema Aliança de Gestão, que “foi lançado, mas está meio parado”, segundo um dos gestores. Essa avaliação estratégica apontava como bases para a excelência, a constância de propósitos, a valorização das pessoas e a aprendizagem organizacional. Para desenvolver esses programas de qualificação e capacitação, foram elencadas sete estratégias:

- a) estabelecer e implantar política de cargos e salários; definindo o pessoal e “respectivas competências”.
- b) implantar novo modelo de relação contratual com médicos
- c) desenvolver programa de humanização.
- d) estabelecer programa de educação continuada

- e) estabelecer programa de orientação e treinamento a acadêmicos e novos empregados.
- f) desenvolver programas de qualificação e capacitação dos gestores e empregados, em colaboração com a PUCPR.
- g) desenvolver programa de fortalecimento da identidade institucional para os empregados.

As ferramentas institucionais indicadas foram:

QUADRO 28 – METAS E INDICADORES PARA A CAPACITAÇÃO E A QUALIFICAÇÃO

OBJETIVO	Desenvolver programas de qualificação / capacitação dos administradores, técnicos e demais profissionais.		
INDICADORES (%)	METAS		
	2002 2º sem.	2003 1º sem.	2003 2º sem.
a) estudo do plano de cargos e salários	-	25	50
b) implantação do plano de cargos e salários	25	50	100
c) estudo da relação contratual com médicos	25	50	100
d) estudo do programa de humanização	-	50	100
e) implantação do programa de humanização	-	50	100
f) colaboradores em programas de educação continuada	10	15	15
g) acadêmicos em programas de treinamento e orientação	-	25	50
h) corpo gerencial em programas de capacitação	10	20	30
i) corpo funcional no Projeto Identidade	5	10	15

Fonte: Aliança Saúde, 2002.

A reestruturação administrativa definiu as competências para os cargos de Diretor geral, Diretor Administrativo, Diretor Técnico, Gerente e Gestor de Unidade Gerencial Básica (ALIANÇA SAÚDE, 2002, p. 42-53). Foi indicada a natureza do cargo, as tarefas, a qualificação, os requisitos e a forma de preenchimento.

QUADRO 29 – ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES PARA O DESENVOLVIMENTO DA APRENDIZAGEM.

	Diretor Geral	Diretor Clínico	Gerente	Gerente de UGB
Incentivar a elaboração de programa de treinamento em serviço.	X		X	
Zelar pela qualidade das atividades de ensino, pesquisa e assistência.	X			
Zelar pela integração das atividades de ensino, pesquisa e assistência.	X			
Coordenar a elaboração de manuais de normas, rotinas e procedimentos.			X	
Avaliar e liberar para implantação manuais de normas, rotinas e procedimentos.			X	
Avaliar o desempenho das atribuições de cada funcionário de seu setor.			X	
Participar da orientação / acompanhamento de alunos durante estágio.			X	
Cooperar na elaboração e implementação de treinamentos.				X
Orientar e acompanhar os alunos durante estágio.				X

Fonte: Aliança Saúde, 2004.

Com relação aos programas de aprendizagem, coube aos gestores incentivar a elaboração de programa de treinamento em serviço; zelar pela qualidade e integração das atividades de ensino, pesquisa e assistência; coordenar a elaboração e implantação de manuais normativos; orientar, acompanhar e avaliar o desempenho dos empregados e de estagiários acadêmicos da PUCPR.

Os dirigentes e gestores têm que avaliar o desempenho dos empregados e orientar e acompanhar os alunos do estágio. Para os primeiros, o controle. Para os segundos, a aprendizagem.

4.8.5 O Prêmio de Excelência Sistema Aliança de Gestão

O Manual de Avaliação Rumo à Excelência, que institui o Prêmio de Excelência Sistema Aliança de Gestão, foi elaborado com os Critérios de Excelência FPNQ 2004; com a NBR ISO 9000:2000; e com o Manual de Acreditação Hospitalar (ALIANÇA SAÚDE, 2004, p. 1-87). O Prêmio foi lançado em maio/2004, com avaliações definidas para cada quatro meses, a partir do lançamento.

As mensagens de lançamento convocaram os empregados para a adesão, envolvimento, comprometimento de todos para que a organização sobreviva pelo “controle adequado de todos os processos”. O Prêmio foi apresentado como uma ferramenta para o aprendizado e o desenvolvimento do conhecimento. A organização é entendida como um amontoado de coisas sem sentido sem as pessoas. A qualidade da organização de qualidade é vista resultado da ação inteligente “do gestor”.

Os profissionais das unidades gerenciais entrevistados afirmam que não participaram da elaboração do Prêmio de Excelência ou foram convidados a validar

os critérios (34 discordâncias em 35 questionários). O Manual foi recebido e o pessoal “sabe que tem”, mas não foi estudado, debatido, criticado ou aplicado.

Berwick (1997, p. 448-453), da Harvard Medical School, propõe que a criação do ambiente de aprendizagem começa pela criação de oportunidades de participação para todos. O exemplo tem que ser dado pelos que ocupam graus formais localizados no topo da hierarquia, sendo insuficiente definir e outorgar uma visão. Ela tem que ser construída e compartilhada. Ao dimensionar sua gestão empreendedora, bem como ao definir os fundamentos de Excelência, a Aliança Saúde (2004, p. 24) e o Hospital Nossa Senhora da Luz colocaram a liderança e a constância de propósito como a “capacidade da alta direção de estimular as pessoas ao propósito comum”. A proposta de Michael (1997, p. 470) é que ninguém pode fazer planejamento sozinho. Para ele, o planejamento deve ser atividade de aprendizagem que envolva a equipe. A crítica ao modelo de gestão em que um grupo pensa para que outro trabalhe já foi feita. O gestor deve atuar de forma democrática nas relações, que são a base da existência da organização, para viabilizar a aprendizagem, como sugerem Davel e Vergara (2005, p. 10-13).

Figueiredo (2005, p. 70-83) propõe que, numa organização participativa, o aprendiz deve ser protagonista, seja nos processos espontâneos de aprendizagem, seja nos processos motivados de aprendizagem. As equipes, através da imitação, da observação, da tentativa e erro, da prática, das percepções, da experimentação, do questionamento, da especulação ou através de abordagem direcionada, os aprendizes devem ser protagonistas, autores, agentes, participantes.

4.8.6 As práticas de aprendizagem organizacional no Hospital

A missão do Hospital Nossa Senhora da Luz determina contínuo desenvolvimento do ensino como imperativo institucional. O desenvolvimento de pessoas é definido no planejamento estratégico. Para cumprir a missão, existem definições estratégicas relacionadas à aprendizagem organizacional, em nítido contraste com o que houve em mais de um século, em que sequer se oferecia qualquer prática de aprendizagem para os profissionais, exceto a já destacada residência médica, o que é coerente com as perspectivas de gestão presentes na sociedade da época. Quem precisava de conhecimentos era o médico, detentor privilegiado do saber nos hospitais. Para ele, se dava oportunidades.

Os dirigentes atuais expressam, em suas práticas, o entendimento de que a atividade educativa na organização é função da escola, uma atividade externa ao Hospital. Faz-se levantamento das necessidades de treinamento e o assunto é encaminhado a alguém que dele cuidará.

Embora sejam especificadas as áreas em que há necessidade de treinamento (institucional, por tipo de serviço e por enfoque técnico), não se constata compromisso específico com a geração das competências. Para os gestores, “treinar é contribuir para a imagem da organização frente ao mercado e ao cliente”.

No entanto, a aprendizagem organizacional deve ultrapassar o fornecimento de conhecimento escolar. Aprendizagem organizacional deve ensejar a construção, em equipe, de perspectiva filosófica, atitude mental e prática de trabalho que crie resolutividade e bem-estar para os usuários e resultados para a organização.

O projeto formador deve ser formalmente explicitado para todos os colaboradores, tendo como centro a equipe multidisciplinar. Esse é o caminho para conseguir que todos mudem as formas de pensar e interagir, inclusive os que têm poder e influência. A mudança, a inovação, a construção de competências e a aprendizagem devem ser trabalho relacional em que a equipe se torna comunidade em que todos cooperam como aprendizes e educadores.

Na organização hospitalar, o que se oferece ao usuário são processos de cuidados. Esses processos devem estar plenamente mapeados. A equipe deve identificar se tem desenvolvidas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) afinadas com a missão organizacional.

O Hospital em estudo ainda não desenvolveu a atividade do educador corporativo. Das vagas para atividades formadoras solicitadas, poucas são atendidas. Ficam de fora mesmo treinamentos eleitos como prioritários.

O Hospital Nossa Senhora da Luz afirma trabalhar com o conceito de Educação Corporativa e dispor de um Centro de Educação Continuada, com atividades de treinamento e capacitação promovidas internamente. Os levantamentos efetuados indicam que o assunto está a cargo da PUCPR.

O diagnóstico estratégico para 2010 apontou predominância de pontos negativos em aspectos institucionais, gerenciais, operacionais, organizacionais, informacionais e comportamentais do hospital. O diagnóstico comportamental mostra que a qualificação dos médicos é entendida como favorável, mas a dos demais profissionais é desfavorável, com necessidade de melhoria imediata.

A avaliação estratégica colocou a falta qualificação como fraqueza que afasta oportunidades e potencializa ameaças. Se há prioridade para ensino, pesquisa e extensão relativamente a pessoas vindas da Universidade (para

residências, estágios e outras práticas), não se constatou preocupação igual para com o pessoal do quadro próprio. A avaliação estratégica propunha a constância de propósitos, a valorização das pessoas e a prática da aprendizagem organizacional. Para o pessoal contratado, foi desenvolvido o Prêmio de Excelência Sistema Aliança de Gestão. A avaliação estratégica sugeria desenvolver programas de educação continuada por meio de definição de competências; desenvolvimento de programa de humanização e de política de cargos e salários. Recomendava incluir acadêmicos, empregados antigos e novos, além dos gestores.

A reestruturação administrativa elaborada como resultado da avaliação do diagnóstico definiu as competências dos dirigentes e, com relação aos programas de aprendizagem, destinou a eles incumbências de elaboração de programa de treinamento em serviço; zelo pela qualidade e integração das atividades de ensino, pesquisa e assistência; coordenação da elaboração e implantação de manuais normativos; orientação, acompanhamento e avaliação do desempenho dos empregados e de estagiários acadêmicos.

O Prêmio de Excelência foi elaborado como ferramenta para o aprendizado e o desenvolvimento do conhecimento, de forma a obter qualidade como resultado da ação inteligente do gestor, sem o melhor aproveitamento de contribuições dos profissionais. Nas avaliações colhidas dos profissionais, foi evidenciada a falta da ação protagonista deles nos processos espontâneos ou motivados de aprendizagem que permitam a eles serem agentes e não o alvo das atividades formadoras.

Abaixo, são analisadas as manifestações dos gestores nas entrevistas, com base nas disciplinas, que tratam da conexão da aprendizagem pessoal e da aprendizagem organizacional (SENGE, 1998, p. 41-42 e 167-200).

4.8.6.1 Domínio pessoal (conectividade)

O estudo do domínio pessoal se volta para os estímulos ao crescimento dos profissionais, porque o desenvolvimento da organização é condicionado pelas competências que os indivíduos reúnem e aplicam no processo coletivo de trabalho. A aprendizagem pessoal é o assunto que interessa ao domínio pessoal. É processo de conscientização das incompetências, ignorâncias e de direcionamento para a superação pela aprendizagem.

Com relação à aplicação de conhecimentos e de habilidades, no Hospital Nossa Senhora da Luz, passou-se a abrir espaço para as pessoas. São valorizadas competências do pessoal interno. Além da habilidade e da atitude, as pessoas são desafiadas a buscar conhecimento formal através da aquisição de diplomas. Essa valorização, no entanto, está limitada à possibilidade de ascensão profissional. O sistema de remuneração por funções ou por cargos impede de recompensar financeiramente desempenhos diferenciados, individuais ou por equipe.

Foi criado curso para gestores, porque não havia competências desenvolvidas. O curso tem disciplinas de empreendedorismo, custos, qualidade, de modo a criar referencial que permitisse ou facilitasse o desenvolvimento das atividades. Na maioria das unidades, os profissionais de várias áreas de conhecimento discutem as práticas de cuidado, de forma interdisciplinar. As equipes são multidisciplinares.

Um dos entrevistados afirma que a Divisão de Recursos Humanos da PUCPR mapeou os processos e que sabe o que deve ser feito em termos de desenvolvimento de competências. Essa informação aponta problema grave para a gestão que se propõe empreendedora. O desenvolvimento das competências deve

ser atividade da equipe, pela identificação dos processos, das competências instaladas e a desenvolver, e pela construção da aprendizagem coletiva.

Na perspectiva dos entrevistados, a implementação de capacitação maciça é impossível pelo alto custo financeiro. A atividade de aprendizagem é vista como conflituosa com as atividades de cuidados: “se fosse feita a capacitação de forma maciça, praticamente teria que parar o hospital”. A atividade formadora é entendida como apartada ou fora do processo de trabalho. No entanto, Senge (1998, p. 173) afirma que o pleno desenvolvimento das pessoas é a mudança mais radical em relação às práticas tradicionais de gestão. No mesmo sentido, Drucker (2003, p. 210) entende que a gestão empreendedora exige a aprendizagem integrada. Não está presente a compreensão de que, na sociedade do conhecimento, a atividade formadora é a atividade produtiva verdadeira.

A atuação criativa trata da tensão que leva à busca da mudança da realidade, diz Senge (1998, p. 178). No Hospital em estudo, a criação do modelo de gestão e a profissionalização da administração dos hospitais foram mudanças mais significativas, juntamente com a implantação do planejamento estratégico. A criação das unidades estratégicas de negócios é outra inovação, a que se deu o nome Unidade Gerencial Básica (UGB). De menor alcance, foi criado programa de idéias e melhorias, despertando as pessoas para abandonar rotinas e criar soluções novas. O curso de gestão de serviços hospitalares é inovação também importante.

A atuação inovadora é a que trabalha com a realidade, reconhecendo as limitações existentes e buscando realizar a visão da organização através da concentração da capacidade de todos. No hospital, os dirigentes colocaram sua atenção *no empowerment* dos gerentes dos macro-processos e dos gestores, vistos como pessoas de importância maior e peças-chave para a inovação. Com esse

direcionamento, o Hospital passa a ser pioneiro em diversos aspectos. Administração por processos e atuação multidisciplinar no ambulatório são duas dessas realizações, segundo os entrevistados. A maestria pessoal está nessa conectividade da ação com a equipe que permite aflorar as competências que se sinergizam quando integradas. Senge (1998, p. 191) recorre à metáfora da orquestra para expressar a importância desse aspecto. O entendimento de que a autonomia do gestor é a fonte de criatividade e inovação não se ajusta à abordagem de Senge. Quando dirigentes afirmam ter dificuldades para identificar os líderes inovadores que trazem resultados para a instituição, deixam clara a presença dessa opção e a limitação que ela introduz no modelo de gestão. Evidenciam que se trabalha com a idéia de que o sucesso da organização não é buscado na virtude do trabalho coletivo. A idéia de que quem manda é que faz a organização funcionar é mais ajustada aos modelos clássicos de gestão de matriz taylorista.

O trabalho em equipe multidisciplinar aprimora a relação equipe-paciente, aspecto importante porque a complexidade dos cuidados no transtorno mental requer atuação multidisciplinar.

Embora seja dito que a equipe tem que se gerenciar, adiciona-se que a equipe é cobrada porque tem a autoridade do gestor responsável pelo processo todo. A afirmação de que a equipe multidisciplinar é que vale faz amplo sentido quando contrastada com o registro de que, até em tempos recentes, a equipe se resumia a um médico e que ainda existem esforços pelo exercício do poder individual de mandar e posicionamentos pessoais de mera obediência.

Alguns gerentes e gestores expressam a convicção de que só conseguem ser grandes se a equipe for. De novo, se encontra o olhar de que a gestão é fenômeno de fora para dentro da equipe. O gestor é um “eu” que se relaciona com

“eles”. Por isso se diz que eles trabalham como parceiros; eles sabem o que devem fazer; eles não têm que ser cobrados; eles passam idéias para os gestores. Esse é o entendimento do que seja participação. O sentido de equipe é visto na união dos profissionais. O gestor é referido como responsável pela sua equipe de trabalho, ao invés de ser um profissional portador de competências diferenciadas capazes contribuir para o conjunto. É por isso que existe o entendimento de que os líderes colocaram “responsabilidade maior em cima da equipe”.

Gestores dizem que tentam fazer com que as equipes sejam autogerenciáveis, com a participação de todos os integrantes, embora “não dêem o processo decisório” todo para eles. Eles são importantes no fornecimento de informações e de sugestões. Reconhecem que as equipes estão precisando de alguém que trabalhe com elas de forma mais próxima, mais estreita, mais de relação: “Foi isso que eles pediram”.

A evitação e a superação de problemas se realiza pela ampliação do comprometimento e da conectividade com o trabalho, em razão da atuação integrada e do clima de convite ao questionamento crítico. Os problemas ou o não-atingimento de metas na equipe desencadeiam o desenvolvimento de planos de ação, dizem os dirigentes. Um dos principais dirigentes do segmento estratégico afirma, contudo, que o problema do hospital é colocar em prática o modelo, porque a estratégia não tem encontrado resposta no processo “lá em baixo”, onde nem os orçamentos são realizados adequadamente. Para ele, existiria distanciamento entre a intenção e a prática. Esse dirigente entende que cada unidade tem que ganhar eficiência e eficácia operacional. A estratégia e o planejamento estratégico não têm sido operacionalizados por ineficiência.

Os modelos de gestão autoritários não deixavam espaço para o posicionamento pessoal. Modelos de gestão empreendedora e participativa exigem essa contrapartida com relação ao espaço de liberdade que abrem. O domínio pessoal tem, na conectividade e no comprometimento, aspectos muito importantes.

Os gestores vêem a resistência como problema a ser resolvido na negociação, “dando pancada” ou cedendo. A resistência não é vista como espaço para a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes que fortaleçam as competências da equipe. A resistência pode representar contraposição à missão, mas pode também representar legítimo exercício do domínio pessoal na defesa dos propósitos organizacionais. A autonomia no trabalho não pode ser imposta, diz Senge (1998, p. 199). O trabalho em equipe é valor a ser buscado, mas não pode romper a liberdade individual. Agir de forma diferente é reproduzir modelos dirigistas.

O Hospital Nossa Senhora da Luz adquiriu autonomia com a Aliança Saúde. A administração é independente. Os dirigentes compreendem o valor da autonomia, especialmente a que permite criar e gerir idéias.

O crescimento pessoal também não poder ser imposto. A integração aos esforços da equipe ou a vinculação com propósitos de aprendizagem pode ser proposta como valor da organização, mas fica inserida no espaço individual.

Um dos gerentes registra ter feito planejamento para o desenvolvimento profissional pessoal, a partir de desafio lançado por um diretor. O mesmo não se dá com relação aos profissionais nas equipes, sendo que 97% das respostas aos questionários apontam a não participação na formulação das práticas formadoras. Mais de 70% das respostas apontam não haver oportunidades de aprendizagem democraticamente distribuídas e nem há espaço para a busca da aprendizagem permanente para mais de 85% das respostas. Essas percepções dos profissionais

são contrapostas pelo entendimento de um dos gestores que afirma que é buscado o crescimento, “porque quem não cresce morre”.

4.8.6.2 Modelos mentais (consciência crítica)

O modelo mental é a maneira pessoal de entender a realidade e de agir de acordo com esse entendimento, propõe Senge (1998, p. 42 e 201-232). A aprendizagem requer transformações no estado do modelo mental. O relacionamento com o mundo é impactado pelo modelo mental, especialmente por ser criador de um movimento auto-confirmador que gera resistência à mudança.

A iniciativa para desenvolver melhores modelos mentais pode levar ao desenvolvimento de pessoas e de organizações mais saudáveis. Os dirigentes do Hospital têm valorizado a iniciativa, a competência relacional, a capacidade para acompanhar várias atividades e a participatividade, registram depoimentos de profissionais beneficiados ou não. A iniciativa de valorizar a iniciativa gera iniciativa.

O senso crítico é outro aspecto do modelo mental a ser compreendido e trabalhado nas organizações que precisam desenvolver a aprendizagem e a mudança. A falta de capacidade crítica pode levar a automatismo que leva a comportamento inercial. Não houve referências dos entrevistados ao tema com o uso dessa expressão. O que se admite é que a administração sempre está sujeita a críticas, sendo impossível a unanimidade. Aponta-se necessidade da leitura crítica do modelo de gestão. Reconhece-se a necessidade da crítica a aspectos objetivos da realidade organizacional. Um dos entrevistados afirma que a organização trabalha a importância de saber a responsabilidade pessoal diante da organização ao fazer alguma coisa errada. Não se trabalha os impactos pessoais e

organizacionais da aplicação de pressupostos pessoais desconectados da missão organizacional.

Senge (1998, p. 214) recomenda a institucionalização da reflexão sobre os modelos mentais e de sua exposição por meio de práticas inevitáveis. A criatividade pode ser impedida ou pode ser liberada pela capacidade de reflexão, de indagação, de argumentação ou de abstração.

Os dirigentes da Aliança Saúde e do Hospital se entendem criativos e criadores, por terem elaborado o modelo de gestão, ao invés de comprá-lo ou de copiá-lo. Também se dizem criadores da administração profissional; das unidades de negócio; do programa de idéias e melhorias (despertou para abandonar as rotinas e criar soluções), além de que “criaram” os líderes de UGB. Criaram o curso de gestão de serviços hospitalares. A sua grande criação é o sonho já transformado em projeto de ter novo hospital universitário como campus da saúde.

O modelo mental, que pode ser limitador da ação do profissional, pode também ser libertador. A capacidade de inovação pode ser favorecida pela organização que produz coerência entre sua teoria esposada e seu modelo mental, e que propõe e busca essa coerência nos colaboradores.

Os dirigentes do Hospital afirmam buscar o *empowerment* dos gestores das UGBs, dando a eles consciência da sua importância e da sua autonomia para buscar a inovação. Senge (1998, p. 262) propõe que o *empowerment* deve ser da equipe. O mero *empowerment* de indivíduos agrava problemas e dificulta a gestão.

Aspecto importante na abordagem dos modelos mentais em organizações é o de mudar as características conservadoras e desafiar as pessoas para o convívio com as mudanças. A geração de novas idéias permite trabalhar com projetos para o futuro. Dirigentes do hospital acreditam que o maior problema nas

definições de modelos de gestão é a visualização do futuro profissional. A Aliança Saúde busca redirecionamentos estratégicos futurantes. Suscita questionamentos. Busca alternativas. Acredita que são questões realmente grandes repensar as suas premissas.

A construção da coerência entre o que se diz, se acredita e se faz leva a uma integração consigo e com a organização que resgata a auto-estima. Tal não era o objetivo das organizações, que tinham o propósito de eliminar a individualidade. Não houve manifestação dos entrevistados com o uso dessa expressão. As manifestações dos entrevistados não fizeram referência direta à palavra ambição.

4.8.6.3 Construção da visão compartilhada (comunidade de propósito)

A gestão tem a ver com profecia. A dimensão real das organizações é o futuro. O passado existe apenas como imagem. O presente está dado. A verdadeira dimensão da gestão é o futuro, aberto para receber a interferência das decisões que se toma no presente. Senge (1998, p. 43) destaca que a visão que as pessoas devem compartilhar é o futuro. Destaca que a missão deve expressar essa visão e estar incorporada na vontade pessoal. Não se trata, segundo ele, de arranjar um livro de receitas, mas de construir princípios e práticas orientadoras.

Um desses princípios-práticas é a promoção da participação em todos os aspectos do trabalho. Antes, eram suficientes as habilidades manuais. Bastavam ordens. Na realidade mais complexa atual e diante dos desafios múltiplos de uma organização hospitalar especializada em cuidados de transtornos mentais, são requeridas competências que ultrapassam o fazer técnico.

Dirigentes dizem que a Divisão de Recursos Humanos da PUCPR mapeou tudo e sabe o que deve ser feito para capacitação e desenvolvimento de

competências. As pesquisas realizadas indicam que ainda não foi completado o mapeamento dos processos, as competências que eles requerem e a aprendizagem para o suprimento de lacunas. Se tivesse ocorrido esse mapeamento, contribuiria para a gestão por facilitar processo coletivo de construção da organização.

Outro aspecto a ser ponderado é o que atribui ao gestor o papel de abrir espaço para pessoas que têm interesse, habilidade e conhecimento para fazer. Agir assim é impedir o processo de aprendizagem. O gestor deve permitir que a equipe integrada construa as competências. O gestor não é abridor de espaços, mas o líder que promove o compartilhamento de desafios e oportunidades.

Senge (1998, p. 237) acredita que o desenvolvimento da visão compartilhada se dá no comprometimento das pessoas com o trabalho em equipe. A valorização do trabalho em equipe, a definição de metas e construção da sinergia entre as equipes são condições para o desenvolvimento da organização pela aprendizagem.

No Hospital, afirma-se que houve grande mudança na forma de atuar e nas atitudes, por maior envolvimento das pessoas. Toda vez que detectam o não atingimento de uma meta, o gestor e o grupo desenvolvem plano de ação. É discutida a possibilidade de atingir metas mais ambiciosas para a UGB, organizada em função dos indicadores, processos e metas, sempre tendo foco em resultados.

Senge (1998, p. 240) recomenda que se tenha presente que visão compartilhada não vem de cima e nem é fruto do planejamento. Na organização autoritária tradicional bastava saber o que era para ser feito, diz ele. As equipes com alto desempenho são as que trocam as idéias dos governantes por idéias governantes. O *empowerment* do gestor de cada unidade para que tenha as condições de tratar o negócio como negócio que tem que gerar resultado, prática

desenvolvida pela organização em estudo, não supera o fato de que, por melhor que seja o gestor, o desempenho é da equipe que ele lidera, e não dele.

Baixas capacidades de aprendizagem coletiva criam restrição fundamental para qualquer esforço de mudança (SENGE, 1999, p. 644). Por isso, é importante o desenvolvimento das capacidades relacionadas à mudança dos relacionamentos. Equipes multidisciplinares são cada vez mais comuns. Grupos de trabalho são criados e desfeitos. É necessário desenvolver competências para gerenciá-los. No Hospital em estudo, a necessidade da equipe multidisciplinar decorre da natureza da atividade e de exigências formais. O cuidado individual em saúde mental tem que ter projeto individual elaborado, conduzido e relatado por equipe multidisciplinar. É um parâmetro fixado pelo Ministério da Saúde. A prática de cuidados tem levado ao desenvolvimento efetivo dessas equipes. De novo, os entrevistados apontam a interdisciplinaridade da equipe como resultado da presença do gestor.

A promoção do desenvolvimento coletivo, por decorrência, é necessidade. A atuação coletiva em saúde requer comprometimento mútuo e responsabilidade compartilhada. Não basta o planejamento pessoal do gestor para o seu desenvolvimento profissional. É necessário o planejamento coletivo do desenvolvimento comum. No Hospital Nossa Senhora da Luz, gestores catalogam demandas por treinamento e submetem à diretoria.

Promoção do bem-estar e da satisfação coletiva é outra necessidade para a organização que quer empreender e aprender. Senge (1998, p. 254) indica que a visão compartilhada gera entusiasmo. No Hospital, os entrevistados acreditam ter obtido ambiente desafiador, em que o salário não é o mais vibrante, mas há satisfação e realização. A retenção de talentos é difícil porque dificuldades

financeiras impedem o oferecimento de nível salarial diferenciado. A remuneração ainda se dá por cargo ou função, e não por competência, desempenho e resultado.

A criação de clima participativo é vista pelos dirigentes como tarefa a cargo dos gestores, que têm que disseminar internamente, para o alto desempenho. A fim de conquistar clima agradável de convivência, o Programa de Humanização oferece oportunidade para reflexões aos profissionais. Iniciativas como essa são apontadas pelos entrevistados como indícios da participação efetiva em todos os níveis, que viabilizam o crescimento das pessoas. Na transição para a Aliança Saúde, encontros específicos foram feitos para sensibilizar para uma nova realidade, em que não haveria motivo para ter medo de participar. Dizem que as pessoas estão felizes da vida porque foram democratizados os critérios de relacionamento e aberta a oportunidade para participação.

4.8.6.4 Aprendizagem em equipe (alinhamento)

Todo o processo de aprendizagem encontra seu sentido na oferta de benefícios para a organização, seja pela melhoria contínua dos enfoques ou pela busca de melhorias novas. A ação é sustentada pela visão, pelo propósito e pelos valores. O dia-a-dia é eliminado da organização como perspectiva. Todos passam a viver a busca da visão, propõe Senge (1998, p. 251). No Hospital, afirma-se que as pessoas passaram a ter oportunidade de apresentar propostas de melhoria e de solução e a ter acesso a dinâmicas voltadas à melhoria do sistema de gestão.

A introdução de inovações em produtos, processos e práticas é forma objetiva de aferir a vigência da gestão empreendedora potencializada pela aprendizagem organizacional. As organizações tradicionais não se preocupam com a participação e o comprometimento. O novo modelo libera energias. Na

organização em estudo, tal propósito é limitado pelo critério de direcionar o *empowerment* para o gestor, a quem é atribuído o papel de buscar a inovação. O poder sempre esteve nas mãos dos gestores. É um parâmetro clássico de gestão das organizações, fundado na hierarquia. Senge (1998, p. 262) alerta para a necessidade do alinhamento, como condição para o *empowerment*. O alinhamento é condição para toda a equipe, porque o mero alinhamento de indivíduos é criador de problemas.

O Hospital é apresentado como inovador por ser único hospital psiquiátrico do Brasil a adotar a administração por processo. Outras inovações são a atuação multidisciplinar no ambulatório e o trabalho intenso com peças de teatro performadas pelos internados.

Além das inovações, a plena vigência da gestão empreendedora potencializada pela aprendizagem organizacional se expressa em estágios superiores de excelência. Como diz Senge (1998, p. 252), é importante a tradução do esforço em comportamentos concretos. Para que o Hospital seja centro de excelência, os processos especializados nas UGBs têm permitido definir indicadores e metas gerenciáveis, dizem os dirigentes. A missão de atuar na área da saúde, com excelência na prestação de serviços à comunidade e contínuo desenvolvimento do ensino e da pesquisa requer criatividade e espírito inovador “do gestor de cada unidade”, que tem liberdade para tanto.

A disposição incansável de examinar o que está acontecendo, para perceber a realidade é marca registrada da organização que aprende, porque permite reconhecer erros e aprender rapidamente com eles (SENGE, 1998, p. 253). Ações corretivas permitem enfrentar problemas. Esse retrabalho, visto como

censurável em organizações comuns, na organização empreendedora voltada para a aprendizagem, constitui oportunidade especial para aprendizagem.

O Hospital Nossa Senhora da Luz tem, segundo dirigentes, a prática de desenvolver plano de ação para corrigir cada problema, cada não-conformidade, cada meta não atingida. Tal atividade está a cargo do gestor mais o grupo que lidera. Na expressão de um dos entrevistados, problemas existem, mas se não são enfrentados, acabam sendo transmitidos para o hospital. Esforço semelhante é destinado às ações preventivas.

A visão compartilhada deve ser força ativa para criar a realidade. A aprendizagem deve ter foco definido (SENGE, 1998, p. 259). Entrevistados vêem problema nesse aspecto porque não está definido. O mapeamento de processos ainda está sendo trabalhado, depois de cinco anos de Aliança Saúde. Ainda não está completo o mapeamento de competências, dizem outros. Os critérios para a atividade formadora e as regras do jogo do processo pedagógico interno não estão adequadamente explicitados. Essa falta de foco impede a internalização da verdadeira cultura organizacional de aprendizagem. Apesar da falta de um sistema de aprendizagem, o hospital já tem práticas que valorizam o que se aprende para transformar práticas e cuidados de saúde. A instituição não previu a estruturação de um projeto pedagógico eficiente, efetivo e eficaz. O profissional é que tem que buscar a formação pessoal para dar retorno melhor e maior para a instituição, diz um dos dirigentes entrevistados (médico pós-graduado em gestão hospitalar).

A aprendizagem como parte do trabalho diário e a motivação para a excelência são dois aspectos importantes. A aprendizagem se aprende na prática, diz um entrevistado. As equipes que aprendem aprendem a aprender em conjunto, diz Senge (1998, p. 285). A descoberta de soluções se faz em equipe. Isso não se

faz sem conflito, sem diálogo ou sem discussão. O conflito não era presente (ou era escondido) na organização polarizada pelo poder dos gestores.

Segundo Senge (1998, p. 294-295), cada indivíduo tende a considerar a parte da organização que lhe diz respeito mais próximo, e que é necessária a ampliação da capacidade para compreender o todo, seja por discussão da contabilidade financeira, da análise competitiva, da construção de cenários. Pode-se acrescentar, com apoio em Bethlem (2002, p. 17-20), da estratégia. Se antes era elaboração de cúpula, agora deve ser processo intelectual e comportamental que deve incluir e comprometer todos os colaboradores. Demanda aprendizagem social porque cada indivíduo na organização, em um grau peculiar, desempenha papel de estrategista, com atuação útil na cadeia de valor externa e interna. Os profissionais devem ser preparados e desafiados a realizar auto-avaliação sistemática do modelo de gestão. Na organização em estudo, esse papel tem sido atribuído à administração, desde o diagnóstico, à modelagem, até à decisão e implantação. Atualmente, com a necessidade de aprimoramentos, novo diagnóstico está sendo elaborado, com equipe da controladora e consultoria externa.

As práticas de gestão tradicionais não funcionam para a construção da aprendizagem em equipe. Se cada indivíduo passa a ter papel protagonista e ativo, em termos de diálogo e discussão, a prática de gestão mais útil é a ausência de autoridade controladora. Se antes o gestor era um dificultador, no sentido de que tinha que ser ele o dono da autoridade e o controlador das pessoas, agora a melhoria das práticas gerenciais passa pela presença de uma liderança que atue como facilitadora da ação coletiva (SENGE, 1998, p. 274). Na organização em estudo, os dirigentes apontam a utilização de boas práticas, mas o planejamento estratégico não foi suficiente para a produção do equilíbrio econômico-financeiro. O

modelo de gestão trouxe inovação das práticas gerenciais, mas precisa ser novamente aprimorado para solucionar esse problema central.

4.8.6.5 Pensamento sistêmico (interconectividade)

O pensamento sistêmico é a competência das competências, que tem origem na presença integrada das outras quatro disciplinas para levar à metanóia (mudança de mentalidade nas pessoas, nas equipes e no conjunto da organização) (SENGE, 1998, p. 46-48). Tornar realidade essa aspiração não é simples porque contra ela conspiram os modelos mentais individuais e a cultura que derivou das práticas de gestão sustentadas no paradigma bipolar da organização, que contrapunha empreendedores e gestores aos trabalhadores. Se Taylor lutava contra a vadiagem premeditada, Marx chamava os trabalhadores para combater os empresários. A gestão empreendedora é a que convoca e quer a integração dos profissionais ao centro da elaboração e da condução do negócio. A ferramenta para essa construção é a aprendizagem, por meio da qual todos se envolvem na prática integrada de realizar a visão pelo cumprimento da missão.

A Aliança Saúde é, em síntese, um esforço de centenas de pessoas para superar deficiências de aprendizagem que impediam a transformação da organização. Os problemas estavam na forma de cuidar da liderança, das estratégias e dos planos, dos usuários, da sociedade, das informações e do conhecimento, das pessoas, dos processos e dos resultados.

A liderança, no modelo precedente, estava voltada para confirmar uma realidade e para preservar um *status quo* de muitos séculos, visto quase que como sagrado. Nos novos tempos do Hospital Nossa Senhora da Luz, foi trocada essa certeza por um questionamento permanente e por esforços de mudança. Já se

reconhece o papel central da equipe e que nem toda a equipe funciona de “forma redondinha”. O problema está em que acreditam que “depende da competência profissional de cada gestor” agregar e manter a equipe coesa e participativa. Ainda não se reconhece o aspecto coletivo do tema, preservando-se o entendimento personalista do modelo precedente. Dirigentes e gestores de equipe dizem buscar pessoas com perfil de liderança. Essas pessoas têm méritos para serem líderes. Afirma-se existirem documentos oficiais que estabelecem o modelo de liderança. Foi contratado consultor externo para “trabalhar liderança”.

O discurso institucional está todo voltado para apontar a origem dos problemas na realidade externa, particularmente na insuficiente remuneração do SUS. Embora exista estratégia elaborada e estejam definidos os planos, internamente existe dificuldade de se colocar em prática o modelo que se estruturou. Ao fazer essa afirmação, um dos líderes da área estratégica, com importante posição na controladora da Aliança Saúde critica que o modelo teoricamente registrado não conseguiu impressionar os canais competentes. A estratégia “está no *board*”, mas o processo “lá em baixo não responde”. Alguém devia ter feito algo que foi mandado fazer e não fez. Somente após anos é que os dirigentes resolvem tomar providências. Demonstra-se comprometimento questionável. A estratégia não é peça que se faz e se entrega para cumprir. Tem que envolver o compromisso coletivo na elaboração e na realização.

Grandes avanços foram obtidos. O modelo asilar foi trocado por nova abordagem voltada para a reinserção ou para a preservação da cidadania e da presença na comunidade do portador de transtorno mental. Para que isso pudesse ser atingido, foram redesenhados os modelos administrativo e assistencial. O modelo assistencial permitiu que pudesse ser trabalhado o Programa de

Humanização de forma mais intensa e mudou a qualidade da assistência percebida pelos pacientes, que antes tinham atendimento impessoal. O modelo administrativo permitiu que se circunscrevesse a autoridade do médico à sua competência técnica e que esta se vinculasse a definições de gestão.

A sociedade vem redesenhando seu relacionamento com a doença mental, seus profissionais e suas abordagens para os cuidados em casos de transtornos. O modelo asilar que perdurou no Séc. XX vem sendo contestado no País mais fortemente desde a década de 1980. A inércia nas práticas de gestão impediu a aprendizagem com os sinais da realidade e quase causaram a inviabilidade do Hospital. A falta de transição adaptativa gerou necessidade de mudança generativa em um momento desfavorável. A sociedade exigia a mudança e a medicina permitia novas abordagens. Embora seja atribuída a existência de déficits à insuficiente remuneração do SUS e se diga que as providências internas foram atendidas, registros colhidos nas entrevistas permitem entender que há enormes defasagens em tecnologia de informação para a gestão e para os cuidados (não há, por exemplo, informatização de custos ou gestão informatizada de processos de cuidados). A qualificação e a capacitação não têm estruturação objetiva e nem vinculação direta com processos e competências. Não está evidenciada possibilidade real de atuação empreendedora intra-equipe e entre equipes, por ser a gestão ainda predominantemente *top-down*. Não está adequada a estrutura organizacional (por unidades de negócios e por processos) com a estrutura operacional, ainda relacionada, em parte, a cargos e funções, inclusive no que diz respeito à forma de remuneração. Os mecanismos de controle de gestão estão muito vinculados ao papel dos gestores e menos ao envolvimento da equipe como coletivo autônomo avaliado por desempenho e resultados.

Senge (1998, p. 58) analisa o mito da equipe gerencial e pondera que os gestores acreditam dar conta das demandas básicas da organização; porém, têm dificuldade de superar as deficiências de aprendizagem, o que é questão crítica em uma organização hospitalar. Os gestores mantêm o entendimento de que conhecimento e informações continuam, em alguma medida, sendo propriedade da cúpula. Do coletivo de competências (técnicas, relacionais, de gestão, de aprendizagem, de tecnologias), parte fica segregada.

Senge (1998, p. 337) sugere um modelo de liderança para a aprendizagem. Sua proposta pedagógica envolve ajudar as pessoas a descobrir os problemas ou a identificar as oportunidades, a investigar suas causas, a buscar alternativas e, finalmente, a fazer opções e a agir de acordo com elas. Em síntese, criar ambiente de aprendizagem, em que os profissionais, por integração na equipe, vivenciem a aprendizagem como trabalho e o trabalho como aprendizagem. Essa proposta guarda semelhança com o ciclo PDCA de controle de processos de Shewhart-Deming, indicado por Mello e Camargo (1998, p. 53). A identidade está em que a atenção é voltada para a realidade da organização de forma metódica e contínua.

A diferença está no foco. Antes, o planejamento, o controle, a correção e a decisão sobre inovação ou correção de problemas eram atribuições de gestores ou da hierarquia de controles. Agora, o ciclo integral da aprendizagem deve ser realizado tendo a equipe como centro, pelo relevo que tem a busca de competências como propósito organizacional, como propósito pessoal, como valor para o usuário e para o investidor.

Senge (1998, p. 338) destaca que, no “velho mundo”, as empresas queriam das pessoas um dia trabalho honesto em troca de um pagamento honesto.

Na organização atual, é necessário novo modo de relação baseado no comprometimento entre a organização e seus profissionais, com apoio mútuo para o desenvolvimentos. No Hospital em estudo, dirigentes afirmam que o papel do gestor é abrir espaço para pessoas que têm interesse, habilidade e conhecimento. É outra forma de dizer que competências (conhecimento, habilidade e atitudes) são a nova moeda de relacionamento.

Tendo em conta que o Hospital presta serviços cuja qualidade se evidencia em processos da cuidados de saúde, esse é o foco da atenção, porque é nos processos que se aplicam as competências e é neles que se faz a aprendizagem multidisciplinar de diversificadas competências (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, musicoterapeutas, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, higienizadores e etc.). Afirmam gestores do Hospital que a administração ali praticada é por processos, a começar pela configuração de unidades gerenciais de negócios centradas em processos especializados (por exemplo, UGB de tratamento de dependentes químicos, de pacientes internados, de pacientes externos, de serviço de apoio de farmácia, de serviço de apoio de higienização e etc.).

O motivo para a formação da Aliança foi o desempenho financeiro negativo dos dois hospitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. A estratégia foi voltada para superar esse problema. O modelo de gestão, a configuração da estrutura, o modelo de cuidados e todas as demais mudanças tiveram o propósito de equilibrar as contas e prover sobras para investimentos. Nesse sentido, a parceria fracassou e o modelo de gestão revelou-se inconsistente.

Há insatisfação com a situação a que se chegou após cinco anos de Aliança Saúde. As mudanças não tiveram impacto financeiro projetado. Está

desencadeado novo ciclo de diagnóstico, avaliação, decisão e ação porque a ausência de resultado inviabilizará a Aliança e levará ao fechamento do Hospital.

4.8.7 A aprendizagem organizacional na visão dos profissionais das UGBs

Manifestações colhidas dos profissionais das UGBs indicaram grandes discordâncias quanto ao desenvolvimento das práticas formadoras. Das respostas vistas em seu conjunto, 1% entende que não se aplica; 49% indicam discordância total; 10% indicam discordância parcial; 8% definem uma posição intermediária entre a discordância e a concordância; 26% afirmam concordância e 4% definem concordância total. Cerca de 70% das respostas se colocam em faixas de discordância em relação à aprendizagem organizacional.

As abordagens teóricas expostas ao longo deste trabalho já apontaram que a aprendizagem é dificultada ou é impedida se os componentes da equipe não têm papel ativo ou protagonista em sua formulação. Com relação à definição de necessidades de treinamentos, 91% das respostas afirmam que a equipe não participa. A equipe não participa da formulação das práticas formadoras para 85% dos respondentes. As práticas formadoras existentes não derivam de carências nas competências, segundo 68% das respostas e nem são definidas a partir dos processos (54%). Não há projetos objetivamente estabelecidos para a aprendizagem permanente, no entendimento de 82% das respostas apresentadas. Para 82%, as aprendizagens não guardam coerência com o planejamento estratégico. Há 88% de respostas negativas para a pergunta sobre se os respondentes conhecem o projeto pedagógico do hospital. Para 51% dos consultados, a equipe não busca práticas de aprendizagem permanente e para 57% não tem essas práticas. Para 40% deles, as oportunidades de aprendizagem não estão democraticamente distribuídas.

As respostas negativas não querem significar que o tema esteja ausente das preocupações de dirigentes ou de gestores. Nota-se que 48% das respostas apontam o fato de que a Diretoria incentiva a aprendizagem permanente. A questão está em que não há alinhamento com as práticas de aprendizagem.

TABELA 5 – APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ, SEGUNDO OS PROFISSIONAIS

Questão	Frequência (%)					
	NA	DT	D	ND NC	C	CT
A aprendizagem é definida a partir dos processos	0	54	11	14	17	2
A Diretoria incentiva a aprendizagem permanente	0	34	14	2	34	14
A equipe busca o aprimoramento contínuo dos processos	2	8	5	20	42	20
A equipe conhece as competências que tem que desenvolver	0	22	25	11	28	11
A equipe conhece o projeto pedagógico do hospital	0	88	5	2	0	2
As práticas formadoras derivam de carências nas competências	0	68	17	5	8	0
A equipe tem práticas de aprendizagem permanente	0	37	20	14	25	2
A equipe participa da formulação das práticas formadoras	0	85	5	5	2	0
As reclamações dos clientes são utilizadas para melhorar a formação	0	0	0	2	91	0
As oportunidades de aprendizagem são democraticamente distribuídas	2	40	14	14	28	0
A equipe busca a aprendizagem permanente	0	51	22	11	11	2
A equipe busca solução para os erros	0	8	0	2	85	2
A equipe favorece o desenvolvimento dos membros	0	31	11	22	31	2
A equipe define os treinamentos de que precisa	0	91	2	2	0	2
A equipe tem projetos para a aprendizagem permanente	0	82	5	2	8	0
As aprendizagens são coerentes com o planejamento estratégico	11	82	0	0	5	0
TOTAIS	1	49	10	9	26	5

Fonte: Questionários, 2004.

As assimetrias apontadas geram conseqüências para a plena vigência da gestão empreendedora que tem um foco importante na administração participativa. Esta se dá quando todos compartilham a tomada das decisões que afetam a organização. Likert, McGregor e outros já explicitaram o impacto pessoal e organizacional da participação em termos de satisfação pessoal e de produtividade

organizacional. Mais que isso, a transformação organizacional, notadamente em organizações complexas, só funciona se sustentada em práticas participativas. Práticas como as do programa de qualidade têm que ser necessariamente participativas. A gestão é participativa se, ao fazer, adiciona acesso ao comunicar, ao decidir, ao dirigir e ao desfrutar dos resultados.

4.8.8 Impactos da gestão empreendedora na aprendizagem organizacional no Hospital

A Gestão Empreendedora requer autonomia, presença limitada na configuração atual da organização em estudo. Houve migração das estruturas de compras, da gestão financeira, da gestão de pessoas e da gestão das atividades formadoras para a PUCPR. Faltou autonomia para a aplicação da estratégia. Não existe sistema estruturado de processamento de dados, embora decorridos vários anos de formalização da Aliança Saúde. O núcleo efetivo dos poder está fora da Aliança Saúde. Está na Associação Paranaense de Cultura, cujos estrategistas querem obter resultados financeiros superavitários, mas não têm viabilizado projeto efetivo de investimento.

A gestão de pessoas apresenta problemas por causa da alta rotatividade e dos baixos salários. As pessoas estão mudando de emprego por pequenas diferenças salariais. O trabalho é estressante e desgastante e a sistemática de remuneração não é por desempenho.

Há promessa de que, em 2005, será implantado sistema de informações e, a partir de 2006, nova visão estratégica. O modelo de gestão empreendedora é visto como bastante estruturado e as novas práticas de gestão da saúde são vistas como boas, mas a serem repensados para a sustentabilidade financeira. Já houve mudanças significativas no Hospital Psiquiátrico. Reconhece-se que não existe

sistema de informação no nível de desenvolvimento necessário. É uma das metas. A Aliança Saúde promete acelerar.

A formação de pessoas, planejada dentro do Programa de Qualidade, inclusive com Prêmio de Qualidade, constituiu uma abordagem limitada no projeto de gestão empreendedora. As abordagens relacionadas à aprendizagem organizacional aqui apresentadas, particularmente as colhidas em Senge, permitiram reconhecer e evidenciar as dificuldades e as possibilidades de avanço.

Os avanços realizados com a introdução da gestão empreendedora, com a profissionalização da gestão, a opção pelas unidades estratégicas de negócios, a organização estrutural por processos, a opção pelo desenvolvimento das competências, o propósito de gestão participativa, as práticas de aprendizagem trouxeram alto benefício para a organização, os profissionais e os enfermos.

Os projetos de capacitação voltados para a “mística institucional” pela afinação dos propósitos pessoais com os propósitos da instituição, o Projeto Identidade e os Encontros Interunidades para reforçar os laços de pertencimento à instituição, pela divulgação dos valores cristãos, católicos, maristas e éticos, representam diferenciais que retiram o Hospital Nossa Senhora da Luz e os demais da Aliança Saúde da órbita das empresas privadas de busca de lucro.

Essa opção ética e a busca do pleno desenvolvimento de um centro de educação, pesquisa e assistência carregam uma possibilidade efetiva de construir uma organização capaz de auxiliar os demais hospitais a atingirem a excelência. As tradicionais persistência e competência das organizações católicas e, neste caso, maristas asseguram novos avanços.

Houve mudanças no modelo de gestão, em processos de aprendizagem organizacional, na gestão da inovação, na gestão das competências, na gestão da

qualidade, na participação e no relacionamento hierárquico, nos processos de trabalho e no relacionamento com usuários, como demonstraram os relatos precedentes e cuja evolução é sintetizada a seguir.

QUADRO 30 – CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

ANTES DA ALIANÇA SAÚDE	DURANTE A TRANSIÇÃO	DEPOIS DA ALIANÇA SAÚDE
Era subordinado à Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, sem autonomia de gestão ou financeira	Foi transformado em Unidade Gerencial Agregada da Aliança Saúde, com independência de gestão e autonomia financeira	É unidade autônoma com independência de gestão e financeira vinculada à Aliança Saúde
Havia um modelo de gestão baseado na autoridade técnica do médico	Houve a passagem para um modelo de gestão baseado na profissionalização da gestão	Há abordagem de gestão baseada em Unidades de Negócio
Havia um modelo de cuidados baseado no asilo manicomial	Houve a passagem para um modelo de cuidados baseado na desospitalização e na reinserção ou manutenção do enfermo na comunidade	Há abordagem de cuidados focada no atendimento ambulatorial ou no hospital-dia.
Estrutura organizacional fixa, baseada em critérios subjetivos e resistente a mudanças, definida pela burocracia técnica dos médicos	Adaptação da estrutura organizacional ao dinamismo da sociedade, à evolução do ambiente e ao avanço tecnológico	Criação de estrutura horizontal, flexível, moderna e inédita, com aplicação do conceito da organização virtual pela telesaúde
A atuação era baseada na competência técnica da função ou do cargo sob comando das enfermeiras e autoridade do médico	A atuação foi direcionada para aprendizagem do trabalho em equipe sob comando do gestor administrador profissional	A atuação é realizada em equipe multiprofissional especializada em um processo de cuidado que forma uma unidade de negócio sob comando de um gestor profissional
O médico psiquiatra exercia autoridade técnica e administrativa	A direção técnica foi separada e subordinada à diretoria administrativa	A direção técnica gerencia o modelo de cuidados sob aprovação da diretoria administrativa
O modelo de cuidados era único, baseado no internamento e no isolamento	O modelo de cuidados passou a ser estruturado em torno de processos especializados de cuidados	O modelo de cuidados é estruturado por processos especializados, particularmente o ambulatorial e o do hospital-dia

Alguns resultados obtidos foram a independência e a autonomia do hospital, a gestão com práticas empreendedoras, a troca do modelo de cuidados clínicos, a profissionalização da gestão, a adoção da estrutura por unidades de negócios, a opção pelo foco em processos, a atuação em equipes multidisciplinares e a subordinação das competências técnicas e das práticas de cuidados a critérios administrativos. Os indicadores dos três momentos da presença da Aliança Saúde permitem evidenciar os avanços:

QUADRO 31 – MODELOS DE GESTÃO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

ANTES DA ALIANÇA SAÚDE	DURANTE A TRANSIÇÃO	DEPOIS DA ALIANÇA SAÚDE
Gestão por reação adaptativa	Gestão por intenção estratégica	Gestão por aprendizagem contínua
Buscar solução para crises cíclicas. Direcionar o foco para a aquisição e aumento de bens patrimoniais. Preservação dos propósitos e confirmação do status quo.	Buscar a mudança de forma planejada. As pessoas foram preparadas para desenvolver a cultura da qualidade e do trabalho em equipe multiprofissional por processos especializados, sob a autoridade do gestor profissional. Mudança dos padrões e quebra dos paradigmas.	Buscar a mudança a partir da criação e circulação de idéias Promover o desenvolvimento das pessoas e potencialização das competências. Formar equipes de alto desempenho nos processos e excelência nos resultados. O gestor é responsável por incorporar a cultura da aprendizagem contínua. Mudança permanente para conquista de posição única em excelência no Estado.
A missão era a de fazer caridade, prestando cuidados a pessoas miseráveis	A missão passou a ser a de prestar assistência a segurados do SUS	A missão é a de atuar na área da saúde com excelência na prestação de serviços à comunidade e desenvolvimento do ensino e da pesquisa
A estratégia era reativa, buscando solução para déficits mediante campanhas na comunidade ou por obtenção de verbas públicas	Foi realizado diagnóstico estratégico e definida estratégia a partir das oportunidades e das ameaças	Ser, até 2010, referência na área da saúde pela excelência, sentido humanitário e relevância social
Os objetivos estratégicos eram os de buscar defesa contra interferências nos seus privilégios e usar influência política para obter verbas públicas	Os objetivos estratégicos foram atualizar o modelo de gestão e mudar o modelo de cuidados para tratamento dos transtornos mentais	Os objetivos estratégicos são de gerar superávit financeiro; ampliar alianças; alcançar excelência em saúde; atualizar a estrutura; ampliar programas de capacitação; aperfeiçoar a gestão; consolidar a integração; implementar novas tecnologias; modernizar o atendimento assistencial; implantar o campus da saúde
A gestão era voluntária	A gestão foi profissionalizada	A gestão é profissional
Os médicos eram voluntários e autônomos para definir os cuidados	Os médicos são prestadores de serviços para o SUS e foram enquadrados no modelo de cuidados definido pela diretoria	Os médicos são prestadores de serviços para o SUS e seguem seu modelo de cuidados.

A gestão empreendedora incorporou a mudança como valor na organização. Os novos líderes abandonaram a gestão por reação adaptativa às crises, e buscam a gestão incorporadora de estratégias para construir a transformação. A mudança passou a ser componente de muitas práticas de gestão, mais participativas. Está por realizar a vigência plena do Programa de Qualidade e a introdução de projeto pedagógico para a aprendizagem organizacional.

A aprendizagem e o desenvolvimento do conhecimento dos profissionais, preocupação antes inexistente, tornou-se tema de preocupação e de providências, embora a atenção tenha sido concentrada em atividades formais de treinamento em ambientes externos ao cotidiano de trabalho.

QUADRO 32 – APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

ANTES DA ALIANÇA SAÚDE	DURANTE A TRANSIÇÃO	DEPOIS DA ALIANÇA SAÚDE
Havia residência médica para a Universidade do Paraná, depois UFPR e, mais recentemente, para a PUCPR	Houve desenvolvimento e aplicação de treinamento em gestão de unidades de negócio em hospital	Há treinamentos desenvolvidos e aplicados na PUCPR, predominantemente os institucionais, de natureza motivacional ou de operações elementares para profissionais em atividades de apoio administrativo
Não havia projeto pedagógico estruturado para o desenvolvimento de práticas de aprendizagem organizacional	Não foi desenvolvido projeto pedagógico estruturado para o desenvolvimento de práticas de aprendizagem organizacional	Não há projeto pedagógico estruturado para o desenvolvimento de práticas de aprendizagem organizacional
Não havia mapeamento de competências e nem definições de carências em competências	Não houve mapeamento de competências e nem definições de carências em competências, exceto para os gestores das unidades de negócio	Não há mapeamento de competências e nem definições de carências em competências, exceto para os gestores das unidades de negócio
Não havia mapeamento de processos	Houve início do mapeamento de processos	Não foi completado o mapeamento de processos

A inovação é reconhecida como valor da organização.

QUADRO 33 – GESTÃO DA INOVAÇÃO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

Como era antes	Como foi durante	Como é depois
Havia manutenção do status quo e resistência à mudança	Foram introduzidas inovações a partir da diretoria (estrutura por processos; estrutura por unidade de negócios; profissionalização da gestão; criação de formação para gestores; atuação em equipe multiprofissional)	A inovação é vista como atividade do gestor; os profissionais podem apresentar sugestões de melhoria

O trabalho por processos, a atuação em equipe multidisciplinar e a necessidade de produção de resultados de excelência tornam importante a gestão das competências.

QUADRO 34 – GESTÃO POR COMPETÊNCIAS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

ANTES DA ALIANÇA SAÚDE	DURANTE A TRANSIÇÃO	DEPOIS DA ALIANÇA SAÚDE
A formação de competências era buscada apenas para os médicos, por meio de residências	Foi estruturado e desenvolvido projeto formador para os gestores das Unidades Gerenciais	Continua sendo dada atenção à formação de gestores das Unidades Gerenciais

Os processos de cuidados foram profundamente modificados, deixando as práticas asilares por abordagens reintegradoras, presentes em atividades como as do atendimento ambulatorial, do hospital-dia e das oficinas terapêuticas.

QUADRO 35 – GESTÃO CLÍNICA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

ANTES DA ALIANÇA SAÚDE	DURANTE A TRANSIÇÃO	DEPOIS DA ALIANÇA SAÚDE
Era baseado no poder técnico do médico	Passou a ser baseado na missão e na estratégia, com a competência técnica submetida à gestão administrativa	A gestão clínica é baseada na busca da recuperação da saúde e do bem-estar e da reinserção social
Era voltado para o internamento asilar dos portadores de transtornos	Foi mudado para a desinstitucionalização e reinserção dos enfermos na sociedade	Os cuidados são desenvolvidos no ambulatório e no hospital-dia para a manutenção do enfermos na comunidade e na família

A gestão da qualidade é proposta como projeto formador para a aprendizagem organizacional ligada às práticas profissionais.

QUADRO 36 – GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

ANTES DA ALIANÇA SAÚDE	DURANTE A TRANSIÇÃO	DEPOIS DA ALIANÇA SAÚDE
Não havia Programa de Qualidade Total	Foram desenvolvidas disseminações das Normas ISO 9000:2000 e da Acreditação Hospitalar	Foi criado o Sistema Aliança de Gestão, o Escritório do Sistema Aliança de Gestão. Foi criado o Prêmio Excelência do Sistema Aliança de Gestão, com base nas Normas ISO 9000:2000; na Acreditação Hospitalar e no Prêmio de Excelência da FPNQ

Episódios simbólicos demonstram o início de um processo de participação dos empregados, como se deu no início da implantação da Aliança Saúde com a eleição de gestores a partir de escolhas dos profissionais.

QUADRO 37 – PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

ANTES DA ALIANÇA SAÚDE	DURANTE A TRANSIÇÃO	DEPOIS DA ALIANÇA SAÚDE
Não havia política voltada para a participação dos profissionais. O modelo de autoridade era baseado no modelo clássico de comando e controle com linha de autoridade fundada na burocracia técnica. Os médicos elegiam seus diretores clínicos.	Foi iniciado processo de abertura para a participação, ainda que periférica, de que é exemplo a votação de todos os membros das equipes para escolha dos primeiros gestores das unidades básica de negócio. O modelo de gestão é baseado na autoridade do gestor da unidade básica de negócio.	A participação é por intermédio de proposta que os gestores devem levar à diretoria. O modelo de gestão é baseado na autoridade do gestor da unidade básica de negócio.

A linha de comando trouxe maior autonomia pela presença do gestor da unidade de negócios, atuação baseada em processos coletivos multidisciplinares, embora haja ênfase no papel de gestores com formação em gestão hospitalar.

QUADRO 38 – RELACIONAMENTO HIERÁRQUICO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

ANTES DA ALIANÇA SAÚDE	DURANTE A TRANSIÇÃO	DEPOIS DA ALIANÇA SAÚDE
O modelo seguia a linha <i>top-down</i> do provedor da Irmandade; diretor da Santa Casa; 3º Vice-provedor, diretor médico, irmã superiora, irmãs diretoras de pavilhões	Foi criado comitê de transição, que nomeou diretor administrativo com autoridade sobre o diretor médico e os gerentes de macro-processos; estes comandam os gerente de unidades de negócio	O diretoria comanda o diretor administrativo; este, o diretor médico e os gerentes de macro-processos; e estes comandam os gerentes de unidades de negócio

As práticas de trabalho foram transformadas pela abordagem de processos e pela configuração multidisciplinar.

QUADRO 39 – PROCESSOS DE CUIDADOS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

ANTES DA ALIANÇA SAÚDE	DURANTE A TRANSIÇÃO	DEPOIS DA ALIANÇA SAÚDE
Os médicos definiam as práticas de cuidado asilar e as irmãs comandavam auxiliares de enfermagem	Os gestores das unidades de negócio comandavam equipes de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, musicoterapeutas, auxiliares de enfermagem, etc. de forma multidisciplinar em processos especializados	Os gestores das unidades de negócio comandam equipes de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, musicoterapeutas, auxiliares de enfermagem, etc. de forma multidisciplinar em processos especializados
O trabalho se destinava a manter o paciente internado	O trabalho voltou-se para a reinserção social dos asilados crônicos	O trabalho ambulatorial e do hospital-dia procura recuperar o bem-estar, preservar a presença na comunidade, tornando-a produtiva.

A mudança do modelo de cuidados levou a novo relacionamento com os pacientes, a quem se dedica cuidados voltados para a resolutividade, o bem-estar, para a reinserção social e para a presença útil na comunidade.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do estudo permitiu identificar, no hospital abordado, a trajetória de mais de um século de cuidados dedicados a pacientes portadores de transtornos mentais e o modelo de gestão praticado no período antecedente à formalização, em 1999. Também a parceria entre a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (instituidora do Hospital Nossa Senhora da Luz) e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná, com a Aliança Saúde, que levou à transformação do Hospital pela adoção de gestão empreendedora e de práticas de aprendizagem relacionadas aos esforços de mudança.

No limiar do Séc. XXI, essa organização tinha se tornado obsoleta. Seu modelo de gestão centenário conservava as mesmas práticas desde a origem. O Hospital estava defasado em termos das ações administrativas e desajustado quanto ao modelo de cuidados. A gestão por reação adaptativa, a falta de elaboração estratégica e a carência de planejamento levavam a repetidas crises de sustentabilidade.

O quadro de pessoal composto por critérios personalistas, a gestão baseada em voluntariado não profissional e a administração subordinada a prioridades médicas traziam dificuldades para a verdadeira busca de mudanças, apesar dos evidentes sinais de insustentabilidade apontados por dirigentes, consultorias, poderes públicos e pela sociedade.

O fim do modelo asilar, remunerado com alguma generosidade pelos cofres públicos, foi o ápice das adversidades que levou à inevitabilidade do desfecho. A mudança se impôs de fora. Quase 20 anos de sinais mais fortes, a partir de 1980, inclusive com nova formulação legal, não foram bastantes para provocar a

transformação. Foi mantido o curso inercial que, em mais de um século, levava à défcits cíclicos e à repetida cobertura por aportes governamentais extemporâneos.

Consultorias contratadas apontaram que o Hospital não era uma organização. Faltavam conhecimentos e práticas efetivas de gestão, controles e dados organizados. Era apenas um lugar onde havia doentes sob cuidados eventuais de psiquiatras. Ausente o socorro tradicional, restou fechar as portas e entregar os hospitais. A alternativa encontrada para as dificuldades extremas foi a parceria com a PUCPR, que se lançou, com total autonomia e plenos poderes de gestão, à reestruturação organizacional, à modernização administrativa e à recuperação do equilíbrio orçamentário.

A Aliança Saúde fez com que se presentificassem práticas de atenção ao ambiente externo; de diagnóstico e análise de opções estratégicas; de formulação estratégica conectada ao desenho de uma visão do futuro; a fixação de uma missão e o correspondente planejamento estratégico.

O modelo de gestão (que denominou empreendedora) descentralizou a decisão; fixou objetivos e metas. Introduziu a administração participativa; inovou a estrutura da hierarquia, com redesenho das vinculações; adotou unidades estratégicas de negócios direcionadas aos processos; adotou programa de qualidade, para a busca da excelência e de produtividade maior. Com base nos princípios do Programa da Qualidade, foi criado o Sistema Aliança de Gestão, para gerenciar o mapeamento dos processos e das competências. As medidas de gestão introduzidas resultaram em transformação expressiva se comparada com a realidade organizacional precedente. Foi o início de um processo.

No entanto, ficou evidenciada, ao longo do estudo, a existência de propósitos não realizados, problemas não solucionados e assimetrias entre

entendimentos de dirigentes e de profissionais, além de evidentes descompassos com desafios teóricos, particularmente quanto à real vigência do trabalho em equipe; à introdução efetiva da gestão participativa; à validação da UGB como centro de custos e receitas (e, naturalmente, de resultados); à disponibilização de tecnologia da informação, com ferramentas on line de apoio à gestão organizacional.

Tais pendências se afiguram superáveis porque a PUCPR, como parceira gestora, tem competências instaladas e reconhecidas até no exterior capazes de desencadear medidas de ajuste imediatas.

Quanto aos impactos da adoção da gestão empreendedora nos processos de aprendizagem, os resultados se mostraram bastante restritos, apesar de toda a transformação que provocou. Se, no período precedente, atividades formadoras estavam ausentes, tanto em nível de treinamento formal, quanto na aprendizagem vinculada ao trabalho em equipe, ressalvada a histórica vinculação às residências médicas, muito se fez, após a Aliança Saúde. Foram desencadeadas atividades de treinamento para gestores e para os profissionais. Contudo, não foi estruturada, de forma efetiva, a aprendizagem integrada aos processos de trabalho, para se poder alcançar a organização empreendedora, apesar do reconhecimento da importância das atividades formadoras.

No Hospital, os processos de aprendizagem não receberam a mesma atenção dedicada ao modelo de gestão. Foi estabelecida relação educadora voltada para o treinamento convencional e formal. Embora seja reconhecido o valor da educação corporativa através de processos de aprendizagem em equipe e tenha sido criada a base organizacional para tanto (unidades de negócios, estrutura por processos, atuação em equipes multidisciplinares), não foi explicitado um projeto pedagógico para a aprendizagem vinculado às competências. Possivelmente,

acredita-se que basta juntar pessoas com boa escolaridade em torno do trabalho e sob a autoridade do gestor para que a aprendizagem ocorra de forma ideal.

O desenvolvimento de competências não tem estruturação objetiva no Hospital e nem vinculação direta com os processos de trabalho. Não está evidenciada possibilidade real de atuação empreendedora intra-equipe e entre equipes, por uma gestão ainda predominantemente top-down. Não foi adequada a estrutura de gestão (por unidades de negócios) com a estrutura operacional, ainda fundamentada em cargos e funções, inclusive no que diz respeito à remuneração. Os mecanismos de controle de gestão estão muito vinculados ao papel dos gestores e menos ao envolvimento da equipe como coletivo autônomo avaliado por desempenho e resultados.

A Gestão Empreendedora requer autonomia de gestão, algo presente de forma limitada na configuração atual da organização em estudo. Faltou autonomia para a aplicação da estratégia, embora decorridos vários anos de formalização da Aliança Saúde. O núcleo efetivo do poder está fora da Aliança Saúde, cujos estrategistas querem obter resultados financeiros superavitários, mas não têm viabilizado investimento estruturado na velocidade sugerida pelos profissionais.

A gestão de pessoas no Hospital apresenta problemas pela alta rotatividade dos profissionais e por baixos salários. As pessoas estão mudando de emprego por pequenas diferenças salariais. O trabalho é, por sua natureza, estressante e desgastante, e a sistemática de remuneração não é por desempenho.

Embora propostas a descentralização decisória e a transparência total, inclusive com indicadores e metas para toda a comunidade, as pessoas alocadas nas Unidades Gerenciais Básicas têm papel de fornecimento de informações e

sugestões. Não se delegou poder decisório efetivo. Embora definida a gestão participativa, o poder decisório é vinculado aos gestores.

As respostas aos questionários apontaram que as equipes não se sentem participantes da administração do Hospital. Dirigentes da controladora afirmam que os problemas estão na frágil resposta aos direcionamentos. No pólo oposto, aponta-se a impossibilidade da gestão empreendedora sem distribuição efetiva de poder.

O programa de qualidade é entendido como estratégico, mas não tem recebido o merecido impulso e nem gerou o indispensável envolvimento.

Os custos foram discutidos na reestruturação administrativa, mas entrevistados apontam não haver ferramenta precisa para sua aferição plena.

A estrutura e a gestão foram definidos em razão dos processos. Embora os dirigentes afirmem que os processos estão mapeados, tal não ocorreu de modo pleno; o que se tem é incompleto e incipiente, com sério impacto limitador na definição das competências requeridas e, por conseguinte, na análise das faltantes. Por conseqüência, não há possibilidade de precisar as carências de aprendizagem e nem como estruturar o processo formador por critérios objetivos.

Ainda não foi superada a insuficiente sustentação econômico-financeira, causa originária da Aliança Saúde. Os entrevistados divergem sobre as razões. Para alguns, é a falta de competência das equipes. Para outros, é a falta de delegação do poder. Para uns, falta investimento em informatização da gestão. Para outros, há insensibilidade dos médicos para o problema dos custos, o que leva a dispêndios evitáveis. Outros mais dizem a culpa é do SUS que paga de forma insuficiente. Alguns vêem falta de horizontalização. Outros, excesso de concentração do poder na controladora. O modelo de gestão não teria chegado às bases.

É dado destaque ao *empowerment* dos gestores, quando a participação efetiva requer o *empowerment* da equipe. Pretende-se que a equipe se torne autogerenciada, mas se prestigia o comando pessoal do gestor da Unidade. A parceria dos profissionais com a organização é restrita, porque limitada ao conhecimento do planejamento e seu cumprimento, sem papel ativo na elaboração.

Questionários expressam alta discordância com relação à participação dos profissionais, seja no planejamento, nas decisões ou na administração. Também não participam da definição dos treinamentos e não têm clareza quanto às competências que precisam desenvolver ou aprimorar. Não participaram da definição dos critérios do Prêmio de Excelência. Não há, para os profissionais, clareza na relação entre o processo de trabalho e o atingimento das metas. Não há discussão prévia dos critérios de avaliação profissional. A implantação incompleta do modelo de gestão limita as possibilidades de construção de relações de parceria e de aprendizagem.

Se os gestores estratégicos manifestam o entendimento de que alcançaram progresso significativo, os profissionais de nível técnicos ou de apoio manifestam o entendimento predominante de que não há indicadores de mudanças que possam orientá-los ao prosseguimento. No entanto, entendem que os incentivos orais às mudanças nos processos de trabalho não se tornam práticas efetivas imediatas.

A administração participativa é vista como participação do gestor da Unidade Gerencial Básica. As respostas aos questionários apontam que os profissionais não se sentem participantes da administração. O *empowerment* atinge apenas os gestores das unidades gerenciais básicas. São feitas reuniões para que os gestores possam perceber a importância deles dentro da organização.

No Hospital Nossa Senhora da Luz, a maior parte dos empregados têm menos que cinco anos de trabalho. O *turnover* alto gera impacto na coesão organizacional e na customização das competências.

Entrevistados manifestam discordância com relação ao acesso democratizado a informações na organização. As metas não são evidenciadas com clareza. Segundo os entrevistados, não há negociação das metas com relação às equipes. Esse não seria um critério de trabalho. A direção não delega poder decisório completo para os gestores, mas acredita que eles se sentem participantes nas decisões e importantes no fornecimento de sugestões de inovação.

Um dos pilares propostos seria a capacitação das pessoas. A escolha da Gestão Empreendedora foi intencional pelo fato de que era necessário que as pessoas se envolvessem no processo de mudança. Há, porém, diversos limitadores à possibilidade desse envolvimento.

Não se constatou atenção particular à formação da competência pedagógica do gestor embora tenha sido colocada como compromisso da Política da Qualidade, em termos de promover o desenvolvimento das pessoas e a potencialização das competências. Na organização em estudo, o gestor é o responsável por incorporar a cultura da aprendizagem contínua, mas o que se faz é dar relevância ao levantamento das necessidades de treinamento e ao acompanhamento de resultado de treinamento. Resulta um hiato entre o levantamento e as práticas formadoras. Alguns gestores já expressam o entendimento dessa situação e querem que ela seja superada pela criação da Universidade Corporativa, independente e autônoma, como ferramenta para construir a organização que aprende de forma contínua.

É necessário o desenvolvimento estruturado de práticas formadoras pela evidenciação de um projeto pedagógico explícito. Consta da missão da Aliança Saúde o contínuo desenvolvimento do ensino. Tal se prende ao fato de os hospitais da Aliança Saúde serem espaço para práticas formadoras dos cursos da área da saúde na PUCPR, ao mesmo tempo em que estão voltados para a assistência à saúde da população e para a pesquisa. A necessidade de melhoria imediata na qualificação dos profissionais técnicos não-médicos e do pessoal administrativo foi diagnosticada e requer medidas de formação de competências, por um programa de educação continuada que permita o reconhecimento do mercado pela excelência.

A ferramenta inicial é o Prêmio Sistema Aliança de Gestão, que tem que ser incorporado ao dia-a-dia, estudado, debatido, criticado, validado e aplicado.

O desenvolvimento de pessoas pela aprendizagem organizacional, definido no planejamento estratégico, forma nítido contraste com o que houve em mais de um século, em que sequer se oferecia qualquer aprendizagem. Não se pode perder a oportunidade histórica, inclusive superando o instrucionismo. Para tanto, há que evidenciar a ação protagonista dos profissionais nos processos espontâneos ou motivados de aprendizagem que permita serem agentes das atividades formadoras. O desenvolvimento das competências deve ser atividade da equipe, pela identificação dos processos, das competências instaladas e a desenvolver, e pela construção da aprendizagem coletiva.

Já existem experiências bem sucedidas na área da gestão, bem como na área da educação, algumas referidas ao longo do estudo, que constituem oportunidades para a explicitação de uma filosofia organizacional para a aprendizagem, em alinhamento com planos de ação para a aprendizagem.

Deve-se ressaltar fato de fundamental importância representado por, em condições adversas, os dirigentes e os profissionais terem optado por enfrentar os desafios da transformação organizacional pela busca melhoria contínua nos processos e nas competências através de esforços de aprendizagem.

Os resultados positivos já alcançados e aqui expostos a partir da pesquisa reforçam a necessidade de que seja dada continuidade e seja radicalizada a aplicação das definições institucionais relativas à filosofia da aprendizagem organizacional, particularmente com a incorporação a ela de projeto pedagógico que desafie dirigentes e profissionais. No nível das práticas, o ESAG pode transformar-se, de operador da burocracia do Programa de Qualidade, na Universidade Corporativa Nossa Senhora da Luz, voltada para a gestão da criação e disseminação de competências, inclusive pedagógicas, nas práticas das equipes, entre equipes, inter-hospitais e com a comunidade, sonho acalentado por profissionais do Hospital.

SUGESTÕES PARA PESQUISAS

O estudo de caso realizado no Hospital Nossa Senhora da Luz, uma das organizações hospitalares da Aliança Saúde, poderia ser replicado em uma ou em outras de suas unidades. Também seria interessante um trabalho acadêmico de fôlego maior que, com apoio em recursos operacionais mais amplos, consultasse o conjunto dos hospitais do grupo, todos submetidos ao mesmo projeto de mudança organizacional para a gestão empreendedora e vinculados a uma missão de serem centros permanentes de contínuo desenvolvimento do ensino e da pesquisa.

O fato de coexistirem hospitais de diversas especialidades (tratamento de transtornos mentais, especialidades clínicas, clínicas médicas, centros cirúrgicos em ginecologia, obstetrícia e pediatria, prontos-socorros e clínica cirúrgica em

traumatologia e etc.) e com diversos percursos, tornam interessante a possibilidade de se verificar consistências e divergências nos resultados comparativos alcançados. A avaliação poderá contribuir para verificar como as práticas de gestão e de aprendizagem têm contribuído para tornar realidade, no conjunto, a visão de futuro da Aliança Saúde, de ser referência em saúde, pela excelência, resolutividade, sentido humanitário e relevância social.

Outras organizações hospitalares poderiam ser alvo de estudo para identificar como diferentes modelos de gestão elaboram e sustentam suas práticas de aprendizagem organizacional; ou, ainda, para verificar, comparativamente, a realidade de organizações hospitalares comerciais, filantrópicas ou de gestão pública direta. Ademais, estudos em organizações de todas as indústrias e de variados portes poderiam contribuir para que a Gestão do Conhecimento e a Educação Corporativa adquiram capacidade ampliada de explicitar os modelos de gestão como pedagogias, as relações profissionais como relações de aprendizagem, a ação do gestor como prática pedagógica, e a organização como espaço formador.

REFERÊNCIAS

ABRAMGE. **Sistema de Medicina de Grupo**. Disponível em: <www.abramge.com.br>. Acesso em 04 jan. 2005.

ABRAMSON, John. Americanos tomam remédios demais, mas seguem doentes. In: **Folha de São Paulo**, 03 jan. 2005.

_____. **Overdo\$ed América**. The broken promise of American Medicine. New York (U.S.A.): Harper Collins, 2004. Disponível em: <www.amazon.com>. Acesso em 11 jan. 2005.

ABREU, Manoel Martins. **Relatório da Irmandade da Misericórdia de Curitiba**. 1915. Curitiba: Typographia da Livraria Econômica, 1916.

AIKEN, Linda. Atendimento hospitalar. A importância da enfermagem. **Revista Carta Capital**. p. 68. 08 nov. 2002.

ALBRECHT, Karl. **O poder das mentes em ação**. Desenvolvimento e gestão da inteligência organizacional. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

ALIANÇA SAÚDE PUCPR-SANTA CASA. **Prêmio de Excelência Sistema Aliança de gestão 2004**. Rumo à excelência. Manual de avaliação. Impresso. 87 p. Curitiba: Hospital Nossa Senhora da Luz, 2004.

_____. **Planejamento estratégico**. Delineamento do sistema de saúde da Aliança Saúde PUCPR-Santa Casa. Impresso. 50 p. Curitiba: Aliança Saúde, 2001.

_____. **Plano estratégico 2002/2006**. Curitiba: Champagnat, 2003.

_____. **Plano estratégico do Hospital Universitário Cajuru. 1999/2002**. Impresso. 41 p. Curitiba: Aliança Saúde, 2002.

_____. **Política da Qualidade**. Impresso. 1 p. Curitiba: Aliança Saúde, 2003.

_____. **Reestruturação administrativa 2002**. Impresso. 53 p. Curitiba: Aliança Saúde, 2002.

_____. **Relatório anual 2001**. Curitiba: Champagnat, 2002.

_____. **Relatório anual 2002**. Curitiba: Champagnat, 2003.

_____. **Relatório anual 2003**. Curitiba: Champagnat, 2004.

_____. **Resultado do levantamento de necessidades de treinamento, prioridades de treinamento e cadastramento de treinamento**. Impresso. 57 p. Curitiba: Aliança Saúde, abr. 2004.

_____. **Um modelo de gestão de um hospital universitário**. Impresso 25 p. Curitiba: HNSL, 2002.

ANSOFF, Igor. **A Nova Estratégia Empresarial**. São Paulo: Atlas, 1990.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho**. Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. Campinas: Unicamp, 1999.

ARANTES, Nélio. **Sistemas de gestão empresarial**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1998.

ARGYRIS, Chris; **Personalidade e organização**. Rio de Janeiro: Renes, 1957.

_____.; SCHON, Daniel. **Organizational learning**. Readiness: Addison Wesley, 1996.

ARQUIDIOCESE DE CURITIBA. **A Arquidiocese de Curitiba na sua história**. Curitiba: Arquidiocese, 1956.

BAKHTIN, Mikhail Mikhailovitch. M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1981.

_____. **Problemas da poética de Dostoiévski**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

BALLONE, Geraldo. J. **O que é esquizofrenia**. Disponível em: <www.ballone.sites.uol.com.br>. Acesso em 09 jan. 2005.

BNDES. **Programa de modernização e fortalecimento das entidades filantrópicas e hospitais estratégicos integrantes do Sistema único de Saúde - SUS**. Disponível em: <www.bndes.gov.br>. Acesso em 07.03.2005.

BAND, William. A. **Competências críticas**. Dez novas idéias para revolucionar a empresa. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BARDWICK, Judith. M. **Perigo na zona de conforto**. Como eliminar o hábito do entitlement. São Paulo: Pioneira, 1996.

BARRENNE, Maria Etienne Irigoien; ZUNIGA, Fernando Vargas. **Competência profissional**. Manual de conceitos, métodos e aplicações no setor de Saúde. Rio de Janeiro: Senac, 2004.

BAUER, Ruben. **Gestão da mudança**. Caos e complexidade nas organizações. São Paulo: Atlas, 1999.

BEER, Mike; NOHRIA, Nitin. Cracking the code of change. In: **Harvard Business Review**. a. 78. n. 3. p. 137. Boulder (CO): Harvard Business School Press, mai./jun. 2000.

_____. **Gerenciando mudança e transição**. Harvard Business Essentials. Rio de Janeiro: Record, 2003.

BERK, Joseph; BERK, Susan. **Administração da qualidade total**. O aperfeiçoamento contínuo. São Paulo: Ibrasa, 1997.

BERWICK, Donald M. Assistência médica. Como hospitais podem aprender. p. 448-453. In: SENGE, Peter et al. **A quinta disciplina**. Caderno de Campo. Estratégias e ferramentas para construir uma organização que aprende. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

BETHLEM, Agrícola. **Estratégia empresarial**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BERTUSSI, Débora Cristina. **Desenvolvimento gerencial em saúde: limites e possibilidades**. Londrina, 2002. 283 f. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina.

BLACK, Edwin. **A guerra contra os fracos**. A eugenia e a campanha norte-americana para criar uma raça dominante. São Paulo: A Girafa, 2003.

BLANK, Vera Lúcia G.; PIRES, Denise; RIBEIRO, Edilza Maria. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 438-446. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 18 abr. 2004.

BODEK, Norman. **O sistema Toyota de produção**. Além da produção em larga escala. p. xi-xii. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BOTERF, Guy Lê. **Desenvolvendo a competências dos profissionais**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BRANDÃO, Hugo Pena. **Mapeamento de competências profissionais**. Gestão estratégica do capital intelectual. Rio de Janeiro: Negócio, 2005 (no prelo).

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 out. 1988. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Parâmetros curriculares nacionais**. Introdução. v. 1. 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviços hospitalares**. Disponível em: <www.anvisa.gov.br>. Acesso em 27 jun. 2004.

_____. _____. **A reforma psiquiátrica**. III Conferência nacional de saúde mental. 11/15 dez. 2001. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 01 dez. 2004.

_____. _____. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Relatório de progresso. mar./2004. 86 p. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 01 jun. 2004.

_____. _____. **Mudança na formação dos profissionais de Saúde**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 01 jun. 2004.

_____. _____. **Pólos de Educação Permanente em Saúde:** diretrizes para sua organização. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 01 jun. 2004.

_____. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. **Valor disponível de custeio e investimento para 2004.** Disponível em: <www.planejamento.gov.br>. Acesso em 01 ago. 2004.

_____. SENADO FEDERAL. **Lei 10216.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Sancionada em 06. abr. 2001.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista.** A degradação do trabalho no Século XX. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRITANNICA. **Enciclopaedia Mirador Internacional.** Rio de Janeiro: Britannica, 1983.

CABRAL, Augusto Cezar de Aquino. Aprendizagem organizacional como estratégia de competitividade: uma revisão da literatura. In: RODRIGUES, Suzana B.; CUNHA, Miguel P. (org.) **Estudos organizacionais.** Novas perspectivas na administração de empresas (uma coletânea luso-brasileira). São Paulo: Iglu, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. p. 863-870. In: **Cadernos de Saúde Pública.** v. 14. n. 4. out. / dez. 1998. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 01 ago. 2004.

_____. **Um método para análise e gestão de coletivos.** A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital.** Uma sociologia dos serviços hospitalares. 3 ed. Porto (Portugal): Afrontamento, 1998).

CARVALHAES, José Antonio Vaz. **Relatório apresentado à Assembléa Legislativa Provincial da Província do Paraná** no dia 7 de janeiro de 1857 pelo Vice-presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes. Curitiba: Typographia Paranaense, 1857. Disponível em: <www.pr.gov.br>. Acesso em 15 dez. 2004.

CASTOR, Belmiro Valverde Jobim; ALCÂNTARA, Christian Mendez. Processo decisório de terceirização em secretarias municipais de saúde. In: **Revista de administração pública.** p. 25-40. nov./dez. 1999.

CHAGAS, Antonio. C. P. Por uma Medicina de excelência ao alcance de todos. **Jornal Gazeta do Povo**, 08 jan. 2005.

CHOO, Chun Wei. **A organização do conhecimento.** Como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo: SENACSP, 2003.

CHRISTENSEN, Clayton M. **O dilema da inovação.** Quando novas tecnologias levam empresas ao fracasso. São Paulo: Makron, 2001.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow. Compromisso institucional do enfermeiro na área da saúde: a questão da gestão do conhecimento. In: **Revista técnico-científica de enfermagem**. v. 1. n. 2. p. 101-103. mar./abr. 2003.

CONGREGAÇÃO DAS IRMÃS DE SÃO JOSÉ DE CHAMBÉRY. **Nossa história**. 1978. v. 1. 421 p. Datilografado. Curitiba: Biblioteca do Hospital Nossa Senhora da Luz.

CONSTANTINO, Clóvis Francisco; ALMEIDA, Gil Lúcio. **O que um profissional da saúde pode fazer?** Disponível em: <www.cfm.org.br>. Acesso em 05 jan. 2005.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em administração**. 7 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORIAT, Benjamin. **Pensar pelo avesso**. O modelo japonês de trabalho e organização. Rio de Janeiro, UFRJ, 1994.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. In: **Revista de administração pública**. v. 34. n. 1. p. 209-227. jan./fev. 2000.

CUNHA, Maria Thereza Rodrigues da. **Gerência enquanto instrumento para mudanças em um serviço substitutivo de saúde mental no município de Uberaba**. Estudo de caso. Ribeirão Preto, 2003.108 f. Dissertação de mestrado. Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

DAVEL, Eduardo; VERGARA, Sylvia Constant. Desafios relacionais nas práticas de gestão e de organização. In: **Revista de Administração de Empresas**. v. 45. n. 1. p. 10-13. jan./mar. 2005.

DAVENPORT, Thomas. O. **Human capital**. What it is and why people invest it. San Francisco: Jossey-Bass, 1999.

DAVIDOW, William H.; MALONE, Michael S. **A corporação virtual**. Estruturação e revitalização da corporação para o Século XXI. São Paulo: Pioneira, 1993.

DEL NERO, Carlos R. Prefácio. SCARPI, Marinho Jorge. **Gestão de clínicas médicas**. São Paulo: Futura, 2004.

DEMO, Pedro. **Complexidade e aprendizagem**. A dinâmica não linear do conhecimento. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

DENGO, Normélio. **Universidades corporativas**. Modismo ou inovação? Porto Alegre, 2001. 135 f. Dissertação de Mestrado. Departamento de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DORNELAS, José Carlos Assis. **Empreendedorismo corporativo**. Como ser empreendedor, inovar e diferenciar sua empresa. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **A nova sociedade das organizações**. Aprendizado organizacional.. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

_____. **Administração. Tarefas, responsabilidades, práticas**. São Paulo: Pioneira, 1975.

_____. **Inovação e espírito empreendedor (Entrepreneurship)**. Prática e princípios. 6 ed. São Paulo: Pioneira Thompson, 2003.

_____. **Inovação e gestão**. Uma nova concepção de estratégia de empresa. 2 ed. Lisboa: Editorial Presença, 1987.

_____. **Introdução à administração**. 3 ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

_____. **Knowledge work and knowledge society**. The social transformations of this century. Disponível em: www.ksg.harvard.edu. Acesso em 01 jul. 2004.

_____. **O advento da nova organização**. Harvard Business Review. Gestão do conhecimento. p. 9-25. 7 ed. Série Harvard Business Review. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

_____. **Sociedade pós-capitalista**. São Paulo: Publifolha, 1999.

DUARTE, Newton. **Sociedade do conhecimento ou sociedade das ilusões**. Campinas: Editores Associados, 2003.

DUGUÉ, Elisabeth. A lógica da competência. O retorno do passado. TOMASI, Antonio. (org.) **Da qualificação à competência**. Pensando o Século XXI. Campinas: Papyrus, 2004.

DUTRA, Joel Souza. Gestão de pessoas com base em competências. **Gestão por competências**. p. 25-43. São Paulo: Gente, 2001.

ELIAS, Paulo Eduardo; MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. O financiamento e a política de saúde. In: **Revista USP**. p. 16-27. n. 51. set. / nov. 2001.

FERRARESI, Alex. **As práticas de gestão do conhecimento e a visão única sobre o valor do cliente**. Curitiba: PUCPR, 2003. 284 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Administração. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FERRIANI, Maria das Graças C.; MIRANDA, Maria Inês Ferreira. **Políticas públicas sociais para crianças e adolescentes**. Goiânia: AB, 2001.

FIGUEIREDO, Saulo Porfírio. **Gestão do conhecimento**: estratégias competitivas para criação e mobilização do conhecimento na empresa. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

FLEURY, Antonio; FLEURY, Maria Tereza Leme. **Aprendizagem e inovação organizacional**. As experiências de Japão, Coréia e Brasil. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1997.

_____. **Estratégias empresariais e formação de competências**. Um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

_____; SHINYASHIKI, G. T.; STEVANATO, L. A. Arqueologia teórica e dilemas metodológicos dos estudos sobre cultura organizacional. In: MOTTA, F. P.; CALDAS, M. P. (org). **Cultura Organizacional e Cultura Brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTINELE, Klinger Júnior. **Programa de saúde da família (PSF) comentado**. Goiânia: AB, 2003.

FOSTER, Richard. **Inovação**. 2 ed. São Paulo: Best Seller, 1988.

FOUCAULT, Paul Michel. **História da loucura**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

_____. **Microfísica do poder**. 15 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

GEUS, Arie De **A empresa viva**. Como as organizações podem aprender a prosperar e a se perpetuar. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOFFMAN, Edwin. **Manicômios, prisões e conventos**. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOUNET, Thomas. **Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2002.

GREINER, Lary E. Evolução e revolução no desenvolvimento das organizações. p. 3-11. **Harvard Business Review**. Boulder (CO): Harvard Business Press, 01 maio 1998.

GRIEVES, Jim; MATHEUS, Brian P. Healthcare and the learning service. p. 88-98. **The Learning Organization**. v. 4. n. 3. 1997.

HAMEL, Gary; PRAHALAD, Coimbatore Krishnarao. **Competindo pelo futuro**. Estratégias inovadoras para obter controle do seu setor e criar os mercados do amanhã. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HARGREAVES, Andy. **O ensino na sociedade do conhecimento**. Educação na era da insegurança. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HEILPERN, Jeffrey D.; NADLER, David A. Implementação da administração da qualidade total: um processo de mudança cultural. In: GERSTEIN, Marc S.; NADLER, David A.; SHAW, Robert A. **Arquitetura organizacional**. A chave para a mudança empresarial. 4 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

HERZOG, John P. People: the critical factor in managing change. In: **Journal of Systems Management**. v. 42. n. 3. p. 6-11. Cleveland: Association for Systems Management, mar. 1991.

HIMMELSTEIN, David U et al. Illness and injury as contributors to bankruptcy. 11 p. **Health Affairs**. 02 fev. 2005. Disponível em: <www.healthaffairs.org>. Acesso em 07 fev. 2005.

HISRICH, Robert D.; PETERS, Michael P. **Empreendedorismo**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

HOERNER, Valério Júnior. **PUCPR-Santa Casa. Uma aliança providencial**. Curitiba: Champagnat, 2000.

_____. **Santa Casa**. Curitiba: Champagnat, 2002.

JIAMBERARDINO, D. Paranaense recorre cada vez mais à Justiça pelo direito à saúde. **Jornal Gazeta do Povo**, 20 jan. 2005.

KAKU, Michio. **Visões do futuro**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

_____.; _____. **Mapas estratégicos**. Convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

KARASCH, Mary C. **A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

KELLER, Adair. **A organização de saúde e o corpo clínico**. Uma relação de conflito ou de sinergia? Porto Alegre, 2003. 144 f. Dissertação de mestrado. 144 f. Mestrado em Administração e Negócios. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

KLEIN, Naomi. **Os últimos combates**. Petrópolis: Vozes, 1997.

KODA, Mirna Yamazato. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental**: o discurso de usuários e trabalhos em um núcleo de atenção psicossocial. São Paulo, 2002. 195 f. Dissertação de mestrado. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses>. Acesso em 09 jan. 2005.

KUENZER, Acácia Zeneida. **Educação profissional: categorias para uma nova pedagogia do trabalho**. Impresso inédito. Artigo aplicado na disciplina Educação e trabalho do Curso de Pedagogia do Setor da Educação da Universidade Federal do Paraná. Curitiba: 27 mar. 2004.

KURZ, David A. **A gestão do capital intelectual**. Uma introdução. A gestão do capital intelectual. Recursos para a economia baseada em conhecimento. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

LAMBE, Patrick. **Ignorance Management: The lessons of small enterprises for knowledge management**. Disponível em: <www.greenchamaleon.com>. Acesso em 04 fev. 2005.

LEITÃO, Sérgio Proença; ROUSSEAU, Katia. Introdução à natureza da mudança transformadora nas organizações na perspectiva da Biologia Cognitiva. In: **Revista de administração pública**. V. 38. n. 5. p. 683-710. set./out. 2004.

LEMONS, Rodolpho. P. **Relatório do Director Médico do Hospital. 1915**. Relatório da Irmandade da Misericórdia de Curitiba. 1915. Apresentado à Assembléa Geral em 16 de janeiro de 1916. Curitiba: Typographia da Livraria Econômica, 1916.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20. n. 5. Rio de Janeiro: Fiocruz, set./out. 2004. Disponível em: <www.cmb.org.br>. Acesso em 07.03.2005.

LINS, Adolpho Lamemha. **Relatório apresentado à Assembléa Legislativa do Paraná no dia 15 de fevereiro de 1876** pelo Presidente da Província o excelentíssimo senhor doutor Adolpho Lamemha Lins. Curitiba: Typ. Da Viúva Lopes, 1876. Disponível em: <www.pr.gov.br>. Acesso em 15. dez. 2004.

LOPES, Mônica Cristina; REGIS, Gilseé Ivan Filho. A motivação humana no trabalho: o desafio da gestão em serviços de saúde pública. In: **Revista de administração da USP**. v. 39. n. 1. p. 62-75. jan./mar. 2004.

LUSSARI, Wilson Roberto; SCHMIDT, Ivone Tambello. **Gestão hospitalar**. Mudando pela educação continuada. São Paulo: Arte & Ciência, 2003.

MACEDO-SOARES, T. Diana L. V. A.; SANTOS, João Alberto Neves dos. Implementação de estratégias orientadas para o cliente nos hospitais do Brasil: um instrumento para avaliar sua eficácia. In: **Revista de administração pública**. v. 34. n. 1. jan./fev. 2000.

MACHADO, G. P. As misericórdias do reino. A Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa. In: **Cadernos Universitários**. n. 35. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa: UEPG, 1987.

MAIN, Jeremy. **Guerras pela qualidade**. Os sucessos e fracassos na revolução pela qualidade. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo. Generalidades sobre administração hospitalar. **Administração hospitalar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

MALIK, Ana Maria; TELES, João Pedro. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. In: **Revista de administração de empresas**. v. 41. n. 3. p. 51-59. jul./set. 2001.

MANNONI, Maud. **O psiquiatra, o seu louco e a psicanálise**. Porto: Afrontamento, 1978.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O manifesto do partido comunista**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

MASI, Domenico de. **A sociedade pós-industrial**. p. 11-97. São Paulo: SENAC, 1999.

_____. **O futuro do trabalho**. 2 ed. Brasília: UNB, 1999.

MATOS, Margarida Maria Teixeira de Freitas; MUGGIATI, Elizete Lúcia Moreira. **Pedagogia hospitalar**. Curitiba: Champagnat, 2001.

MATTOS, Rúben Araújo de. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. Disponível em: <www.lappis.org.br>. Acesso em 08 jan. 2005.

MELLO, Joamel B.; CAMARGO, Marlene O. **Qualidade na Saúde**. Práticas e conceitos. São Paulo: Best Seller, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

MEZZOMO, João Catarin. **Gestão da qualidade na saúde**. Princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001.

MICHAEL, Donald. Carta a um aspirante a planejador. p. 468-470. SENGE, Peter et al. **A quinta disciplina. Caderno de Campo**. Estratégias e ferramentas para construir uma organização que aprende. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINTZBERG, Henry. **Structure in Fives**: Designing Effective organizations. New Jersey: Prentice-Hall, 1983.

_____. QUINN, James Brian. **O processo da estratégia**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

MIOTTO, Cláudio Luiz; OLIVEIRA, Luciel Henrique. **Gestão da imortalidade empresarial**: a empresa não tem necessariamente que morrer. Disponível em: <www.ufop.br/ichs/conifes/anais>. Acesso em: 17 jul. 2004.

MOTTA, Paulo Roberto. **Gestão contemporânea**. A ciência e a arte de ser dirigente. 11 ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

_____. **Transformação organizacional.** A teoria e a prática de inovar. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

MURPHY, Emmett C.; MURPHY, Mark A. **Leading on the edge of chaos.** New Jersey: Prentice Hall Press, 2002.

NEGRÃO, Francisco de Paula Dias. **Memória da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. 1842-1932.** Curitiba: Empresa Gráfica Paranaense, 1933.

NÓBREGA, Clemente. **A ciência da gestão.** Rio de Janeiro: Senac, 2004.

NONAKA, Ikujiro. **A empresa criadora de conhecimento.** p. 27-49. In: Gestão do conhecimento. Série Harvard Business Review. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

OHNO, Taichi. **O sistema Toyota de produção.** Além da produção em larga escala. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico.** Conceitos, metodologias e práticas. 16 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo. 2001.** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 135 p. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2001>>. Acesso em 01.01.2005.

PEREIRA, Heitor José. **Os novos modelos de gestão:** análise de algumas práticas em empresas brasileiras. São Paulo, 1995. 298 f. Tese de doutorado. Área de concentração: Organização e recursos humanos. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas.

PEREIRA, Ivo Arzua. **A epopéia das Misericórdias.** 500 anos das Misericórdias. 3 ed. Curitiba: Engenharia Técnica, 2000,

_____. Memória da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. In: **Revista engenharia técnica PR-SC-RS.** set. 1993. n. 8. p. 6-12. nov. 1993.

_____. **Prestação de contas. Gestão 1985-1986.** 56 p. Curitiba: Exclusiva, 1987.

PEREIRA, Maria Isabel; SANTOS, Silvio Aparecido. **Modelo de gestão:** uma análise conceitual. São Paulo: Pioneira; Thomson Learning, 2001.

PINCHOT, Gifford. **Intrapreneuring.** Por que você não precisa deixar sua empresa para ser um empreendedor. São Paulo: Harbra, 1989.

PONTE, José Linhares. **Pronunciamentos em 22.10.2003; 05.11.2003; 03.02.2004 e 08.11.2004.** Câmara dos Deputados. Brasília (DF). Departamento de taquigrafia. Disponível em: <www.camara.gov.br>. Acesso em 12 jan. 2005.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. **Aliança Saúde. Destaques 2001. Planejamento estratégico.** Disponível em: <www.pucpr.br>. Acesso em 24 jan. 2005.

PORTER, Michael E. **Vantagem competitiva**. Criando e sustentando um desempenho superior. 16 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PUSSI, Flávia Daniela. O médico na moderna sociedade do Século XXI. In: **Revista arquivos do Conselho Regional de Medicina do Paraná**. n. 20. n. 80. p. 179-197. out./dez. 2003.

REICH, Robert B. **O trabalho das nações**. São Paulo: Educator, 1994.

RIBEIRO, Carlos Reinaldo Mendes. **A empresa holística**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. A demarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro hospitalar Regional Universitário de Lille, França. In: **Cadernos de saúde pública**. v. 13, n. 3, p. 73-80. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

ROCHA, Caetano Munhoz da Rocha. **Mensagem dirigida ao Congresso Legislativo pelo Dr. Caetano Munhoz da Rocha, Presidente do Estado, ao instalar-se a 2º sessão da 17ª Legislatura em 1º de Fevereiro de 1925**. Disponível em www.pr.gov.br. Acesso em 15 dez. 2004.

RODRIGUES, Magda Tyska. **Mais do que gerir, educar**. Um olhar sobre as práticas de gestão como práticas pedagógicas. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

RODRIGUEZ, Martius V. R. **Gestão empresarial: organizações que aprendem**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

ROHAN, Henrique Beaurepaire. **Relatório apresentado à Assembléa Legislativa Provincial do Paraná no dia 1º de março de 1856** pelo Vice-presidente em exercício Henrique de Beaurepaire Rohan. Curitiba: Typ. Paranaense, 1856. Disponível em: www.pr.gov.br. Acesso em 15 dez. 2004.

SANTOS, Antonio Raimundo et al. Gestão do conhecimento como modelo empresarial. cad. 1. p. 11-48. **Gestão do conhecimento**. Uma experiência para o sucesso empresarial. Curitiba: Champagnat, 2001.

SENGE, Peter M. **A dança das mudanças**. Os desafios de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. **A quinta disciplina**. Arte e prática da organização que aprende. 2 ed. São Paulo: Best Seller, 1998.

SERRANO, Alan Índio. **O que é Psiquiatria Alternativa**. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

SILVA, Valmir Adamor. **A história da loucura**. Em busca da saúde mental. Rio de Janeiro: Tecnoprint, 1979.

SLOAN, M. Daniel; CHMEL, Michael. **A revolução da qualidade e o serviço de saúde**. Planejamento e implantação da estratégia. São Paulo: Pearson Education, 1993.

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO GERÊNCIA HOSPITALAR PR-SC. **Relatório diagnosticador. Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto. Ago. 1996.** Datilografado. Curitiba: Biblioteca ESAG Hospital Nossa Senhora da Luz.

SVEIBY, Karl-erik. Market value of intangible assets. **Knowledge Management.** Cap. 2. Disponível em: <www.sveiby.com>. Acesso em 15 jun. 2004.

SZAZS, Thomas. **A fabricação da loucura.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

_____. **Cruel compaixão.** São Paulo: Papyrus, 1994.

_____. **O mito da doença mental.** Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

TAUNAY, Alfredo D'Escragnole. **Exposição com que S. Ex. o Sr. Dr. Alfredo D'Escragnole Taunay passou a administração da Província do Paraná ao Exmo. Sr. Dr. Joaquim de Almeida Faria Sobrinho, 1º Vice-presidente a 3 de Maio de 1886.** Disponível em: <www.pr.gov.br>. Acesso em 15 dez. 2004.

TAYLOR, Frederic Winslow. **Os princípios da administração científica.** 10 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

TEISBERG, Elizabeth Olmsted; PORTER, Michael E. Uma nova competição no setor de saúde. In: **Harvard Business Review.** v. 82. n. 6. p. 54-67. Salvador (Chile): R. R. Donnelley, jun. 2004.

_____.; _____.; BROWN, Gregory B. A competição na área da assistência médica. PORTER, M. E. (org.) **Competição.** Estratégias competitivas essenciais. 10 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

THE WHITE HOUSE. **The state of the union address.** Disponível em: <www.whitehouse.gov/news/releases/2004>. Acesso em 01 ago. 2004.

THURBIN, Patrick. J. **Implementando a organização aprendiz.** São Paulo: IMAM, 1995.

TOFFLER, Alvin. **Future shock.** New York (EUA): Bantam Books, 2000.

_____. **O choque do futuro.** 7 ed. São Paulo Record, 2001.

ULRICH, Dave. Organizando de acordo com a capacidade. THE PETER DRUCKER FOUNDATION (org.) **A organização do futuro.** Como preparar hoje as empresas de amanhã. São Paulo: Futura, 1997.

VAN ERVEN, Herbert Munhoz. **Contribuição ao histórico do Hospital Nossa Senhora da Luz de Curitiba.** Curitiba: Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico, 1950.

VENETIKIDES, Cristiane Honório et al. A arquitetura da Saúde mental em Curitiba. In: VENETIKIDES, Cristiane Honório et al. In: **Saúde mental em Curitiba.** Rio de Janeiro: Cebes, 2003.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração. p. 13-28. In: VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes. (org.). In: **Pesquisa qualitativa em administração**. São Paulo: FGV, 2004.

VOLGO, Marie José del; GORI, Roland. **La Santé Totalitaire**. Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Denoel, 2005.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. **A formação social da mente**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WATERMAN, Robert H. Junior. Prefácio. FOSTER, Richard. **Inovação**. p. 15-18. 2 ed. São Paulo: Best Seller, 1988.

WATSON, Tony J. Organização e trabalho em transição: da lógica sistêmico-controladora à lógica processual-relacional. In: **Revista de administração de empresas**. v. 45. n. 1. p. 14-23. jan./mar. 2005.

WEICK, Karl E.; WESTLEY, Frances. Aprendizagem organizacional: confirmando um oxímoro. In: CLEGG, Stewart R. t al. **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2004.

WICKRAMASINGHE, Nilmini; MILLS, Gail L. **E-knowledge in health care**. A strategic imperative. Disponível em <<http://csdl.computer.org>>. Acesso em 08 fev. 2005.

WOOD, Thomas Júnior; PICARELLI, Vicente Filho. **Remuneração estratégica**. A nova vantagem competitiva. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

WORLD BANK. **Financing health services in developing countries**: an agenda for reform. Washington: World Bank, 1987.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZARIFIAN, Philippe. **O modelo da competência**. Trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC, 2003.

_____. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

ALMEIDA, Nely; VALENTE, Lídia. **Curiosidades históricas da Irmandade de Nossa Senhora da Luz dos Pinhais da Vila de Curitiba**. Curitiba: edição da autora, 1975.

BUENO, Austregésilo Carrano. **Canto dos Malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CARVALHAES, José Antonio Vaz. **Relatório apresentado ao Excellentíssimo Senhor Doutor Francisco Liberato de Mattos muito digno Presidente da Província do Paraná** pelo 2º Vice-presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes sobre o estado da administração da mesma Província no anno de 1857. Curitiba: Typ. Paranaense de C. Martins Lopes, 1858. Disponível em: <www.pr.gov.br>. Acesso em 15 dez. 2004.

DANTAS FILHO, Manuel Pinto de Souza. **Relatório apresentado à Assembléa Legislativa do Paraná no dia 16 de fevereiro de 1880** pelo Presidente da Província o Exmo. Snr. Dr. Manuel Pinto de Souza Dantas Filho. Curitiba: Typographia Perseverança, 1880. Disponível em: <www.pr.gov.br>. Acesso em 15 dez. 2004.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Histórico da saúde pública no Brasil**. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/historico>. Acesso em 13.11.2004.

ESPÍNDOLA, João Evangelista. **Relatório do Diretor Médico do Hospital. 1915**. Relatório da Irmandade da Misericórdia de Curitiba. 1915. Apresentado à Assembléa Geral em 16 de janeiro de 1916. Curitiba: Typographia da Livraria Econômica, 1916

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NOSSA SENHORA DA LUZ. **Relatório das atividades administrativas. Biênio 1972/1973**. Datilografado. 50 p. Curitiba: Biblioteca da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NOSSA SENHORA DA LUZ E DOM ALBERTO. **Regulamento**. Datilografado. 33 p. Curitiba: Biblioteca da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA. **Regulamento do corpo clínico do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz. 1971**. Curitiba: Litero-técnica, 1972.

_____. **Regulamento dos serviços clínicos dos Hospitais Psiquiátricos Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto. 1984**. Curitiba: Litero-técnica, 1984.

_____. **Relatório da administração do anno de 1927 apresentado à Assembléa Geral em 8 de janeiro de 1928** pelo Provedor Antonio de Souza Mello. Curitiba: Livraria Mundial, 1928.

_____. **Relatório da administração do ano de 1939 apresentado à Assembléa Geral em 10 de Abril de 1939** pelo Provedor Manoel Francisco Correia. Curitiba: Livraria Mundial, 1940.

_____. **Relatório do mandato da mesa administrativa. Biênio 1968/1969.** Provedor Fausto Nascimento Bittencourt. Curitiba: ISCMC, 1970.

_____. **Relatório do mandato da mesa administrativa. Biênio 1972/1973.** Provedor General Raimundo Dalcol. Curitiba: ISCMC, 1974.

_____. **Relatório do mandato da mesa administrativa. Biênio 1974/1975.** Provedor Mário Augusto de Queiróz. Curitiba: ISCMC, 1976.

KESEY, Ken. **Um estranho no ninho.** Rio de Janeiro: Record, 1962.

LEMOS, Rodolpho. P.; LEMOS, Cláudio. **Relatório do Director Médico do Hospício de Nossa Senhora da Luz. 1912, 1913 e 1914.** Curitiba: Typographia da Penitenciária do Estado, 1915.

MADER, Luiz Renato. **Relatório e considerações feitas pelo Dr. Luiz Renato Mader, 3º Vice Provedor, em data de 20 de março de 1996.** Datilografado. 18 p. Curitiba: Biblioteca da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

MATOS, Paulo. **Na Santos de Telma, a vitória dos mentaleiros.** Anchieta 15 anos. 1989-2004. Santos: edição do autor: 2004

NEGRÃO, Francisco de Paula Dias. Excertos da Memória da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. 1932. **Boletim Informativo da Casa Romário Martins,** comemorativo ao centenário do Hospital de Caridade. 1880-1980. Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. ano VI. n. 39. Curitiba: Fundação Cultural de Curitiba, 1980.

ALVES, Ernani Simas; PILOTTO. (org.). Mário. **Alô Ticoulat Guimarães.** Uma vida ilustre dedicada à Medicina e ao ensino da Psiquiatria. Série Galeria Médica do Paraná. v. 18. Curitiba: Fundação Santos Lima, 1994.

SILVA, Francisco Xavier. **Mensagem ao Congresso Legislativo dirigida pelo Dr. Francisco Xavier da Silva, Presidente do Estado ao instalar-se a 1º sessão da 10ª Legislativa em 1º de Fevereiro de 1910.** Curityba: A República, 1910. Disponível em: <www.pr.gov.br>. Acesso em 15 dez. 2004.

_____. **Mensagem do Governador do Estado do Paraná, lida perante o Congresso Legislativo em 13 de Novembro de 1895.** Disponível em: <www.pr.gov.br>. Acesso em 15 dez. 2004.

SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. **A instituição sinistra.** Mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

VASCONCELLOS, Zacarias Góes. **Relatório do Presidente da Província do Paraná, o Conselheiro Zacarias Góes e Vasconcellos, na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 8 de fevereiro de 1855.** Curityba: Typ. Paranaense, 1855. Disponível em: <www.pr.gov.br>. Acesso em 15 dez. 2004.

Apêndice A - PROTOCOLO PARA CONDUÇÃO pesquisa em ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ EM CURITIBA (PR)

IMPACTOS DA ADOÇÃO DE UM MODELO DE GESTÃO EMPREENDEDORA NOS PROCESSOS DE APRENDIZAGEM: ESTUDO DE CASO EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DE CURITIBA.

1. Objetivo.

Levantar informações sobre a história do Hospital Nossa Senhora da Luz, sobre sua atividade como hospital psiquiátrico, sobre as práticas históricas do modelo de gestão tradicional, sobre o processo de adoção de um modelo de Gestão Empreendedora, sobre as práticas de gestão resultantes da adoção do novo modelo de gestão e os impactos nos processos de aprendizagem organizacional.

2. Característica-chave do método de estudo de caso.

Este estudo de caso trabalhará com levantamento de dados documentais da organização sob enfoque, inclusive de sua instituidora (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba); entrevistas semi-estruturadas, e aplicação de questionários formais.

3. Organização do protocolo de procedimentos.

Os procedimentos aplicáveis no trabalho de campo procurarão definir as práticas de acesso à organização e dos critérios de trabalho para levantamento de campo junto a documentos e a pessoas.

3.1. Procedimento A – Preparação da visita inicial de estudo de campo.

Será agendada visita para reunião inicial de definição de critérios de acesso, permanência, abordagem dos profissionais e de realização e registro das entrevistas, bem como de acesso a documentos.

3.2. Procedimento B – Escolha das pessoas a entrevistar e de outras fontes.

A priori, serão entrevistados o superintendente da Aliança-saúde e o diretor geral e administrativo do Hospital Nossa Senhora da Luz, bem como os gerentes dos macro-processos. Serão, em seguida, realizados levantamentos documentais para mapeamento dos elementos históricos sincrônicos e diacrônicos da organização. Em seguida, efetuados eventuais ajustes nas questões apontadas neste protocolo, serão entrevistados integrantes-chave das unidades gerenciais, com atenção particular aos que vivenciaram o processo de transição e seus períodos imediatamente antecedentes e subseqüentes. Para obtenção de amplo espectro de visões dos atores organizacionais, serão buscados depoimentos de agentes administrativos; agentes de serviço social; agentes técnicos; enfermeiros; médicos psiquiatras; médicos-residentes; pedagogos; professores de educação física; psicólogos; e terapeutas ocupacionais.

3.3. Procedimento C – Treinamento para o estudo de campo.

O levantamento de campo será conduzido e realizado pelo autor do projeto.

4. Organização do protocolo de questões.

As questões terão caráter geral de forma a conduzir as entrevistas de maneira semi-estruturada, em benefício do objetivo de preservar a espontaneidade das manifestações e de se obter percepção dos processos organizacionais. As questões abaixo preservam coerência com o objetivo geral e os objetivos específicos do projeto de pesquisa, bem como têm ligação direta com o problema de pesquisa.

4.1. Mudanças organizacionais e no modelo de gestão.

- a. Como era o Hospital antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi o Hospital durante o período de transição?
- c. Como é o Hospital depois da Aliança Saúde?

4.2. Gestão empreendedora.

- a. Como era a gestão do Hospital antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi a gestão do Hospital durante o período de transição?
- c. Como é a gestão do Hospital depois da Aliança Saúde?

4.3. Aprendizagem organizacional.

- a. Como era o processo de aprendizagem antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi o processo de aprendizagem durante o período de transição?
- c. Como é o processo de aprendizagem depois da Aliança Saúde?

4.4. Inovação.

- a. Como era o processo de inovação antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi o processo de inovação durante o período de transição?
- c. Como é o processo de inovação depois da Aliança Saúde?

4.5. Competências.

- a. Como era o processo de criação de competências antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi o processo de criação de competências durante o período de transição?
- c. Como é o processo de criação de competências depois da Aliança Saúde?

4.6. Organização hospitalar e Hospital-dia.

- a. Como era o processo de cuidados dos pacientes antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi o processo de cuidados dos pacientes durante o período de transição?
- c. Como é o processo de cuidados dos pacientes depois da Aliança Saúde?

4.7. Programa de Qualidade Total e Sistema Aliança de Gestão.

- a. Como era a gestão da qualidade antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi a gestão da qualidade durante o período de transição?
- c. Como é a gestão da qualidade depois da Aliança Saúde?

4.8. Programa de Qualidade Total e Sistema Aliança de Gestão.

- a. Como era a gestão da qualidade antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi a gestão da qualidade durante o período de transição?
- c. Como é a gestão da qualidade depois da Aliança Saúde?

4.9. Participação.

- a. Como era a participação nas decisões antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi a participação nas decisões durante o período de transição?
- c. Como é a participação nas decisões depois da Aliança Saúde?

4.10. Relacionamento hierárquico.

- a. Como era o relacionamento hierárquico antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi o relacionamento hierárquico durante o período de transição?
- c. Como é o relacionamento hierárquico depois da Aliança Saúde?

4.11. Processo de trabalho.

- a. Como era o processo de trabalho antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi o processo de trabalho durante o período de transição?
- c. Como é o processo de trabalho depois da Aliança Saúde?

4.12. Relação com clientes.

- a. Como era a relação com os clientes antes da Aliança Saúde?
- b. Como foi a relação com os clientes durante o período de transição?
- c. Como é a relação com os clientes depois da Aliança Saúde?

Apêndice B - FORMULÁRIO DE PESQUISA PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA

IMPACTOS DA ADOÇÃO DE UM MODELO DE GESTÃO EMPREENDEDORA NOS
PROCESSOS DE APRENDIZAGEM: ESTUDO DE CASO EM ORGANIZAÇÃO
HOSPITALAR DE CURITIBA.

DADOS PESSOAIS

Data	/ /2004					N°					
1) Sexo: () M () F		2) Idade: anos		3) Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () outro							
4) cargo:		5) função:		6) setor		GA	GE	GI	A	T	O
7) Turno: () M () T () N () C		8) Jornada: () Horas/dia		9) chefe:							
10) equipe		11) tempo no hospital		12) tempo na função							
13) função anterior		14) função concomitante:		15) profissão							
16) outro emprego		17) estudando		18) paga estudo							
19) emprego anterior – local				20) emprego anterior – tempo							
21) cidade de nascimento				22) cidade de origem							
23) graduação 1				24) graduação 2							
25) 1º grau completo		26) 2º grau completo		27) 3º grau completo							
28) 1º grau incompleto		29) 2º grau incompleto		30) 3º grau incompleto							
31) especialização completa		32) mestrado completo		33) doutorado completo							
34) especialização em curso		35) mestrado em curso		36) doutorado em curso							
37) qual?		38) qual?		39) qual?							

ALTERNATIVAS PARA RESPOSTAS

NA	DT	D	ND NC	C	CT
NÃO SE APLICA	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE

NA	NÃO APLICA	Não se aplica ao hospital.
DT	DISCORDO TOTALMENTE	Não desenvolvido pelo hospital. Não há ações para o atendimento ao item.
D	DISCORDO	Desenvolvimento inicial pelo hospital. Há planejamento de ações, com execução não sistemática/não avaliada.
ND NC	NÃO DISCORDO NEM CONCORDO	Desenvolvimento médio pelo hospital. Há planejamento de ações, muitas já executadas e algumas avaliadas
C	CONCORDO	Desenvolvimento adiantado. Ações executadas sistematicamente e com evolução positiva para padronizar ações.
CT	CONCORDO TOTALMENTE	Desenvolvimento completo. Ações executadas sistematicamente e padronizadamente dão base a novos desafios.

QUESTIONÁRIO

C	01	NA	A equipe participa da administração do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
C	02	NA	A equipe conhece suas metas para os resultados do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
E	03	NA	A equipe conhece os progressos do hospital em relação às metas	DT	D	NDNC	C	CT
C	04	NA	A direção é comprometida com as necessidades das pessoas	DT	D	NDNC	C	CT
E	05	NA	A aprendizagem é definida a partir dos processos	DT	D	NDNC	C	CT
D	06	NA	A equipe avalia a satisfação dos clientes	DT	D	NDNC	C	CT
C	07	NA	As decisões são tomadas em conjunto na equipe	DT	D	NDNC	C	CT
C	08	NA	A chefia age de forma coerente com a missão do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
C	09	NA	A chefia age de forma coerente com os objetivos estratégicos	DT	D	NDNC	C	CT
A	10	NA	A chefia dá oportunidade de participação nas mudanças	DT	D	NDNC	C	CT
E	11	NA	A chefia incentiva a aprendizagem permanente	DT	D	NDNC	C	CT
C	12	NA	A comunicação é clara e objetiva na equipe	DT	D	NDNC	C	CT
C	13	NA	A comunicação é clara e objetiva entre as equipes	DT	D	NDNC	C	CT
E	14	NA	A equipe define os critérios de avaliação do desempenho	DT	D	NDNC	C	CT
F	15	NA	A equipe busca alternativas para ampliação do valor	DT	D	NDNC	C	CT
F	16	NA	A equipe busca o aprimoramento contínuo dos processos	DT	D	NDNC	C	CT
F	17	NA	A equipe busca ser avaliada pelos clientes	DT	D	NDNC	C	CT
F	18	NA	A equipe busca solução para as críticas dos clientes	DT	D	NDNC	C	CT
B	19	NA	A equipe conhece a situação financeira do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
G	20	NA	A equipe conhece as competências que tem que desenvolver	DT	D	NDNC	C	CT
E	21	NA	A equipe conhece o projeto pedagógico do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
D	22	NA	A equipe conhece os critérios de excelência da FPNQ	DT	D	NDNC	C	CT
D	23	NA	A equipe conhece os critérios do Prêmio Aliança Saúde	DT	D	NDNC	C	CT
D	24	NA	A equipe conhece a cadeia de valor do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
D	25	NA	A equipe conhece os princípios da Acreditação Hospitalar	DT	D	NDNC	C	CT
D	26	NA	A equipe conhece os princípios da ISO NBR 9000/2000	DT	D	NDNC	C	CT
B	27	NA	A equipe dá informações ao cliente com facilidade	DT	D	NDNC	C	CT
F	28	NA	A equipe é incentivada à inovação	DT	D	NDNC	C	CT
B	29	NA	A equipe é informada sobre as práticas dos concorrentes	DT	D	NDNC	C	CT
C	30	NA	A equipe está satisfeita com o progresso do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
E	31	NA	A equipe participa do Prêmio Excelência de Gestão	DT	D	NDNC	C	CT
G	32	NA	O diagnóstico de competências foi feito a partir dos processos	DT	D	NDNC	C	CT
E	33	NA	As práticas formadoras derivam de carências nas competências	DT	D	NDNC	C	CT
A	34	NA	A equipe tem participado do esforço para as mudanças	DT	D	NDNC	C	CT
C	35	NA	A equipe tem instrumentos para avaliar a qualidade de suas ações	DT	D	NDNC	C	CT
E	36	NA	A equipe tem práticas de aprendizagem permanente	DT	D	NDNC	C	CT
C	37	NA	A qualidade de vida é levada em consideração no trabalho diário	DT	D	NDNC	C	CT
B	38	NA	A quantidade dos profissionais é adequada aos serviços	DT	D	NDNC	C	CT
C	39	NA	A remuneração é definida com base no desempenho	DT	D	NDNC	C	CT
A	40	NA	A equipe tem indicadores para as mudanças	DT	D	NDNC	C	CT
A	41	NA	As mudanças são incentivadas no processo de trabalho	DT	D	NDNC	C	CT
B	42	NA	A qualidade dos profissionais é adequada aos serviços	DT	D	NDNC	C	CT
C	43	NA	As decisões são tomadas pela equipe	DT	D	NDNC	C	CT
F	44	NA	As inovações são compartilhadas	DT	D	NDNC	C	CT
A	45	NA	As mudanças no hospital têm melhorado os cuidados de saúde	DT	D	NDNC	C	CT
A	46	NA	As mudanças no hospital têm resultado em inovação dos processos	DT	D	NDNC	C	CT
A	47	NA	As mudanças têm tornado o hospital melhor para o cliente	DT	D	NDNC	C	CT
E	48	NA	A equipe participa da formulação das práticas formadoras	DT	D	NDNC	C	CT
C	49	NA	As práticas de excelência de outros hospitais são conhecidas	DT	D	NDNC	C	CT
E	50	NA	As reclamações de clientes são utilizadas para melhorar a formação	DT	D	NDNC	C	CT
F	51	NA	As sugestões para inovação são avaliadas e aplicadas	DT	D	NDNC	C	CT
C	52	NA	A equipe conhece e age de acordo com a filosofia do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
C	53	NA	A equipe conhece e age de acordo com a missão do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
C	54	NA	A equipe conhece e busca realizar os objetivos do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
C	55	NA	Há indicadores para acompanhar progressos em relação às metas	DT	D	NDNC	C	CT
E	56	NA	Há oportunidades de aprendizagem democraticamente distribuídas	DT	D	NDNC	C	CT
D	57	NA	Há profissionais em quantidade adequada à demanda dos serviços	DT	D	NDNC	C	CT
C	58	NA	A equipe participa do planejamento	DT	D	NDNC	C	CT
C	59	NA	A equipe age com transparência	DT	D	NDNC	C	CT
C	60	NA	A equipe age de forma coerente com a filosofia do hospital	DT	D	NDNC	C	CT
C	61	NA	A equipe age de forma coerente com a missão do hospital	DT	D	NDNC	C	CT

C	62	NA	A equipe age de forma coerente com os objetivos estratégicos	DT	D	NDNC	C	CT
E	63	NA	A equipe busca a aprendizagem permanente	DT	D	NDNC	C	CT
C	64	NA	A equipe conhece o valor, o custo e a margem das atividades	DT	D	NDNC	C	CT
F	65	NA	A equipe busca soluções para os erros	DT	D	NDNC	C	CT
C	66	NA	A equipe define o desempenho esperado	DT	D	NDNC	C	CT
D	67	NA	A equipe conhece o Programa de Qualidade	DT	D	NDNC	C	CT
B	68	NA	A equipe conhece a estrutura da sua indústria	DT	D	NDNC	C	CT
C	69	NA	A equipe conhece os processos de trabalho	DT	D	NDNC	C	CT
D	70	NA	A equipe está comprometida com a qualidade	DT	D	NDNC	C	CT
C	71	NA	A equipe favorece o desenvolvimento de seus membros	DT	D	NDNC	C	CT
G	72	NA	A equipe mapeou os processos de trabalho	DT	D	NDNC	C	CT
C	73	NA	A equipe participa das decisões	DT	D	NDNC	C	CT
E	74	NA	A equipe realiza auto-avaliação contínua	DT	D	NDNC	C	CT
E	75	NA	A equipe define os treinamentos de que necessita	DT	D	NDNC	C	CT
G	76	NA	A equipe conhece as competências de que necessita	DT	D	NDNC	C	CT
E	77	NA	A equipe tem projetos para aprendizagem permanente	DT	D	NDNC	C	CT
C	78	NA	A equipe tem responsabilidade ética, social e ambiental	DT	D	NDNC	C	CT
D	79	NA	A equipe tem serviços com excelência	DT	D	NDNC	C	CT
B	80	NA	A equipe trabalha de forma multidisciplinar	DT	D	NDNC	C	CT
C	81	NA	A equipe trabalha para alcançar as metas	DT	D	NDNC	C	CT
C	82	NA	O acesso às informações é democratizado	DT	D	NDNC	C	CT
F	83	NA	O alto desempenho é reconhecido e premiado	DT	D	NDNC	C	CT
C	84	NA	O atendimento aos pacientes é humanizado	DT	D	NDNC	C	CT
C	85	NA	O clima de trabalho é de satisfação, motivação e bem-estar	DT	D	NDNC	C	CT
C	86	NA	O hospital tem resultados financeiros positivos	DT	D	NDNC	C	CT
B	87	NA	O hospital tem qualidade superior à dos demais	DT	D	NDNC	C	CT
C	88	NA	O planejamento é baseado em fatos e dados internos e externos	DT	D	NDNC	C	CT
C	89	NA	O relacionamento da equipe com as demais é democrático	DT	D	NDNC	C	CT
B	90	NA	O relacionamento da equipe com as demais é produtivo	DT	D	NDNC	C	CT
C	91	NA	O relacionamento das pessoas na equipe é harmonioso	DT	D	NDNC	C	CT
C	92	NA	O relacionamento é democrático na minha equipe	DT	D	NDNC	C	CT
E	93	NA	As aprendizagens são coerentes com o planejamento estratégico	DT	D	NDNC	C	CT
C	94	NA	Os critérios de avaliação são discutidos previamente com a equipe	DT	D	NDNC	C	CT
C	95	NA	Os princípios do Sistema Aliança de Gestão são aplicados	DT	D	NDNC	C	CT
G	96	NA	Os processos de trabalho estão mapeados	DT	D	NDNC	C	CT
C	97	NA	Os processos de trabalho têm sido aprimorados	DT	D	NDNC	C	CT
C	98	NA	Os processos informatizados facilitam a gestão administrativa	DT	D	NDNC	C	CT
C	99	NA	Os processos informatizados facilitam os cuidados à saúde	DT	D	NDNC	C	CT
D	100	NA	A equipe validou os critérios de avaliação do Prêmio de Excelência	DT	D	NDNC	C	CT

Anexo A - LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE TREINAMENTO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ - ABRIL/2004.

TREINAMENTO	UGB	QT.	RESPONSÁVEL
Planejamento estratégico	Lavanderia / Costura	63	DRH ESAG Gestor
	Recepção / Telefonia	12	
	Higienização	24	
	UAN	27	
	Ambulatório	7	
	Unidade 8	19	
Política de Qualidade	Farmácia / Unidade 8	19	DRH / ESAG
Mapeamento de UGB	Recepção / Telefonia	12	ESAG / Gestor
	UAN	27	
	UAN	67	
Ferramentas da qualidade	Unidade 10	19	ESAG / Gestor
	Ambulatório	07	
Avaliação de resultados	Lavanderia / Costura	63	DRH / ESAG
	Oficinas terapêuticas	16	
Atendimento ao cliente	Recepção / Telefonia	09	DRH
	Hospital-dia	15	
	UAN	3	
Humanização a pacientes psiquiátricos	Recepção e internamento	11	DRH
	Posto 5, 8, 11 e 12		
	Unidade 10		
Ética profissional	Unidade 8	15	DRH
Comunicação	Análises clínicas	16	DRH
	Oficinas terapêuticas	5	
	Projeto comunitário	13	
	Telefonia / Recepção	12	
	Internamento		
	Rouparia	3	
	Hospital-dia	1	
	Higienização	28	
	UAN	29	
Relacionamento interpessoal	Rouparia	64	DRH
	Higienização	16	
	Lavanderia / Costura	5	
	Oficinas terapêuticas	12	
	Projeto comunitário		
	Farmácia	3	
	Hospital-dia	25	
	Radiologia	7	
	Ambulatório	29	
	Posto 3	9	
Postura profissional	Unidade 1	10	DRH
	Higienização	9	
	Internamento	15	
Comportamento	Oficina terapêutica	16	DRH
Trabalho em equipe	Lavanderia / Costura	63	DRH
	Higienização	24	
	Guias	9	
	Unidade 8		
Comunicação	Análises clínicas	16	DRH
	Projeto comunitário	13	
	Rouparia	3	
	Hospital-dia	1	
	Higienização	28	
	UAN	29	

Motivação	Higienização	24	DRH
	Ambulatório	11	
	Farmácia	11	
	Unidade 8	15	
Controle da infecção hospitalar	Higienização	24	SCIH / Gestor
	UAN	25	
Uso de equipamentos de proteção	Higienização	24	SESMT
Biosegurança	UAN	25	SESMT
	Lavanderia	58	
Excel, Access e Power point	Secretaria acadêmica	1	
Word, Excel, Access e Power point	Lavanderia	2	
Access	Faturamento	1	
Informática básica	SAME	1	Informática Gestor
	Telefonia / Recepção	1	
Carrinhos de resíduos e roupa suja	Higienização e limpeza	4	SCIH
Abrigos de resíduos e roupa suja			
Técnicas de combate à infecção hospitalar	Higienização e limpeza	58	SCIH
Rotinas	Higienização	24	DRH
Técnicas de lavagem das mãos	Higienização	24	SCIH
Rotinas de controle da infecção hospitalar	Lavanderia	63	SCIH
Rotinas	Farmácia	11	SCIH
Concentração	Farmácia	11	DRH
Utilizando melhor a voz	Telefonia	1	DRH
Software genial	UAN	1	Informática
Pontos críticos de controle	UAN	1	SENAI
Dietoterapia	UAN	26	Gestor
Aproveitamento alimentar	UAN	10	SESI / SENAC
Manutenção dos equipamentos de cozinha	UAA	23	SENAI
Apresentação das preparações	UAN	13	Chefe cozinha
Elaboração de cartas, memorandos e	UAN	1	SENAC
Armazenamento de mercadoria	UAN	2	SESI / SENAC
Rotinas	UAN	27	Gestor
Lavanderia e rouparia - processamento	Lavanderia	58	Gestor
Montagem de kits de roupa	Lavanderia	58	Gestor
Controle interno	Farmácia	11	DRH / Gestor
Rotinas	Lavanderia / Costura	63	Gestor
Evolução e anotações de enfermagem	Enfermagem	1	Gestor
Manuseio e conservação de equipamentos	Gerência	1	Gestor
BLS Suporte Básico de Vida	Equipe técnica	1	Gestor
	Enfermagem	1	
	Equipe Médica	1	
Preenchimento de folha de gastos	Gestores	1	Gestor
Urgência e emergência	Internação	1	Gestor
Auditoria de prontuários	Equipe técnica	1	Gestor
	Enfermagem	1	
	Equipe médica	1	
Aspiração orotraqueal	Equipe de enfermagem	1	Gestor
Contenção de paciente	Equipe técnica	1	Gestor
Sondagem nasogástrica	Enfermagem	1	Gestor
Técnicas de curativo	Enfermagem	1	Gestor
Atendimento a situação de emergência	Equipe técnica	1	Gestor
	Enfermagem	1	
	Equipe médica	1	
Rotina de óbito	Enfermagem	1	Gestor
Preparo e administração de medicamento	Enfermagem	1	Gestor
Auxílio na entubação endotraqueal	Enfermagem	1	Gestor
Cuidados contínuos com dreno do tórax	Enfermagem	1	Gestor
Higienização em bolsa de colostomia	Enfermagem	1	Gestor

Lavagem intestinal Murphy	Enfermagem	1	Gestor
Passagem de plantão	Enfermagem	1	Gestor
Notificação de doença infecto-contagiosa	Enfermagem	1	Gestor
Intervenções familiares	Enfermagem	1	Gestor
Desintoxicação: alcoolismo e química	Enfermagem	1	Gestor
Prática de enfermagem psiquiátrica	Enfermagem	1	Gestor
Estruturas do cuidado psiquiátrico	Enfermagem	1	Gestor
Prevenção do comportamento agressivo	Enfermagem	1	Gestor
	Equipe técnica	1	
Manejo do comportamento agressivo	Enfermagem	1	Gestor
	Equipe técnica	1	
Psicofarmacologia	Enfermagem	1	Gestor
	Equipe técnica	1	
Distúrbios psiquiátricos	Enfermagem	1	Gestor
	Equipe técnica	1	
Gerenciamento de equipe	Telefonia/Recepção Higienização/UAN	4	DRH
Liderança Educadora	Lavanderia/Higienização UAN/Ambulatório	4	DRH
Noções de direitos trabalhistas	Lavanderia	1	Gestor
	Higienização	1	
	UAN	1	
Gerenciamento de custos	Lavanderia/Telefonia Recepção/Higienização Ambulatório	4	SENAI Gestor
Gestão hospitalar	Unidade 8	1	DRH
Responsabilidade civil hospitalar	Gestor	1	FEHOSPAR
Código de defesa do consumidor	Gestor	1	Gestor
Prontuário como ferramenta de trabalho	Gestor	1	Gestor
Formação de instrutores internos	Gestor	1	DRH
Evolução de enfermagem	Faturamento / Revisão	1	Gestor
Terapêutica musical e artesanato	Oficina terapêutica	1	DRH
Rotinas	Oficina terapêutica	1	Gestor
Controle de material e de consumo	Recepção	9	DRH / Gestor
Técnicas para dinâmica de grupo	Serviço social	1	DRH
Arquivo (controle e organização)	Recepção	9	DRH / Gestor
Controle de material e de consumo	Recepção/Central guias	9	DRH / Gestor
Preenchimento e conferência de formulário	Recepção	9	DRH / Gestor
Pré-faturamento	Recepção	9	DRH / Gestor
Gerenciamento processos do faturamento	Ambulatório	1	Gestor
Fluxo do atendimento	Ambulatório	7	SMS / Gestor
Como servir refeições	Unidade 8	9	Gestor
Trabalho interdisciplinar	Unidade 8	6	Gestor
Emergências psiquiátricas e clínicas	Unidade 8	10	Gestor
Técnicas de manejo do paciente agressivo	Unidade 8	6	Gestor
Política de saúde mental	Unidade 8	19	Gestor
Atendimento a idosos	Unidade 8	4	DRH
Aplicação de farmacologia psiquiátrica	Unidade 10	19	Gestor
Doenças sexualmente transmissíveis	Unidade 10	19	Gestor
Primeiros socorros	Unidade 10	19	Gestor
Noções de psicopatologia	Unidade 1	11	DRH / Gestor
Conhecendo medicações psiquiátricas	Unidade 1	11	Gestor
Termos técnicos em Psiquiatria	Hospital-dia	4	Gestor
Ética na Enfermagem	Hospital-dia	3	Gestor
O papel do colaborador terapêutico	Hospital-dia	4	Gestor

FONTE: Aliança Saúde, 2004.